التدريب العملي التطبيقي (٢)

لدارسي علم النفس

د. خـالـد بن محمد قليوبي

د. سهير بنت محمد التوني



التدقيق والمراجعة

د. حسن بن محمد الشهري

١٤٣٥هـ - ٢٠١٣م

التدريب العملي التطبيقي

لدارسي علم النفس

إعداد

د. خالد بن محمد قليوبي

د. سهير بنت محمد التوني

تدقيق ومراجعة

د. حسن بن محمد الشهري

أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

جامعة الملك عبدالعزيز

١٤٣٥هـ - ٢٠١٣م

ح خالد محمد القليوبي، ١٤٣٥هـ
فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

القليوبي ، خالد محمد
التدريب العلمي لطلاب علم النفس. / خالد محمد القليوبي - سهير بنت محمد التوني - حسن بن محمد الشهري - جدة، ١٤٣٥هـ
..ص؛ ..سم
ردمك: ٣-٣٧٩٢-٠١-٦٠٣-٩٧٨

١- الطلاب - علم نفس ٢- علم النفس - تعليم أ.العنوان
ديوي ٣٧٠,١٥ ١٤٣٥/١٨٧

رقم الإيداع: ١٤٣٥/١٨٧
ردمك: ٣-٣٧٩٢-٠١-٦٠٣-٩٧٨

بسم الله الرحمن الرحيم

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

المقدمة

يحتل تخصص علم النفس بكافة فروعه النظرية والتطبيقية مكانة مرموقة بين التخصصات التي تقدمها الجامعات العربية والعالمية، يتم من خلاله اعداد اخصائيين نفسيين مهنيين من الجنسين ليمارسوا مهام التشخيص والعلاج والتقويم اضافة الى الادوار الانمائية، ويتعامل اولئك المشتغلين بهذا العلم مع الانسان في اضطراباته وسواءه ليقدموا له المساعدة والدعم النفسي حتى يصل الى اقصى درجات السواء، والتعامل مع الافراد والجماعات ومشكلاتهم يتطلب مهارات انسانية خلاقة قد لا تتأتى للدارسين بمجرد الحصول على المعارف والعلوم النظرية في هذا التخصص، بل يتعدى الامر الى اكسابهم مهارات التطبيق لتلك المعارف بما يشمله ذلك من دقة الملاحظة وسرعة البديهة وربط مشكلات العميل ببيئته، والتقبل الانساني للأفراد والجماعات بكافة أيديولوجياتهم حتى وان اختلفت مع توجهات الاخصائي وقناعاته.

لذلك كان للتدريب الميداني لدارسي علم النفس اهمية قصوى في صقل معارفهم التي اكتسبوها على مقاعد الدراسة بالممارسة المهنية على ارض الواقع العملي، بل يكاد يكون حجر الاساس في نجاح الاخصائيين في عملهم النفسي مستقبلاً.

والمكتبة العربية تفتقر بالفعل الى وجود دليل مهني شامل ييسر لدارسي علم النفس تطبيق اساليب التشخيص والعلاج والدعم النفسي لطالبي المساعدة النفسيه.

ومن هنا جاءت فكرة اعداد هذا الدليل التطبيقي المهني ليكون خير معين بعد الله للدارسين والمتخصصين في مجال علم النفس لانجاز تدريبهم وتطبيقاتهم العملية بشكل اكثر مهنية واحترافية، ويرجو معدي هذا العمل ان يكونوا قد وفقوا لتقديم مساهمة بسيطة للمكتبة العربية في هذا المجال.

والله الموفق ،،،

المؤلفان

غرة محرم ١٤٣٥هـ

الفصل الأول

مدخل للتدريب الميداني

- مفهوم التدريب الميداني ومحتوياته
- عناصر مكونات التدريب الميداني
- أهداف التدريب الميداني في مجال علم النفس
- أهمية التدريب الميداني في مجال علم النفس
- الصفات التي يجب أن يتحلى بها الأخصائي النفسي وواجباته
- أخلاقيات التشخيص والعلاج والإرشاد في المجال النفسي

مدخل إلى التدريب الميداني

يعتبر التدريب الميداني أحد أهم مراحل الإعداد الأكاديمي لطلاب علم النفس، إن لم يكن الأهم، ومن خلال التدريب الميداني يتم التحقق من صلاحية الإعداد النظري في تزويد الطالب بالمعلومات العملية المتعلقة بالتخصص ، وفي تنمية أفكاره واتجاهاته بطريقة إيجابية نحو المهنة والمرضى النفسيين، ويعتبر التدريب الميداني المجال الخبراتي الوحيد الذي يمكن من خلاله تطبيق مهارات التعليم التي يتمتع بها الطالب المتدرب والتأكد من توفر الحد المطلوب من الكفايات المهنية التي تؤهله ليكون أخصائيا ناجحاً في المستقبل.

مفهوم التدريب الميداني وتعريفه:

التدريب الميداني هو ذلك الجانب الذي يمكن من خلاله إعداد أخصائي نفسي ملم بكل الإجراءات العملية في مجال تخصصه بعد تناوله الجانب التطبيقي من عملية الإعداد، حيث يتعرض الطالب خلال فترة تدريبه الميداني إلى الاحتكاك والتعامل المباشر مع المرضى النفسيين والتلاميذ في المدارس والأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة ، وذلك بتطبيق المفاهيم النظرية التي تم دراستها في المرحلة الجامعية، ويشترط في الطالب قبل التدريب الميداني أن يكون قد أنهى بنجاح جميع المتطلبات النظرية في تخصصه.

لقد عًرفت المجموعة الفرعية الرابعة للأسرة الوطنية للتربية الخاصة في المملكة العربية السعودية والمنبثقة عن الأمانة العامة للتربية الخاصة (١٤٢٥هـ) التدريب الميداني (بأنه مقرر علمي يسجله الطالب في الفصل الأخير من دراسته الجامعية، ويتوقع منه في نهاية هذا المقرر أن يتعرف على واقع التربية الخاصة والخدمات النفسية، ويشمل ذلك تقييم وتشخيص ذوي الاحتياجات الخاصة والمرضى النفسيين ومشكلات الأطفال بالمدارس ومراكز التأهيل

كالسجون ورعاية الأحداث، ووضع البرامج التربوية والتعليمية الفردية لتلبية الاحتياجات النفسية وتنفيذها وإكسابه الاتجاهات الإيجابية نحو العمل ونحو الفئات التي يعمل معها وفقاً لمساره التخصصي).

ويعرف مسعود(٢٠٠٤) التدريب الميداني بأنه (برنامج يرتبط بفترة زمنية تمتد لمدة فصل دراسي كامل يقضيها الطالب في أحد المدارس أو برامج التربية الخاصة أو المستشفيات النفسية ويقوم خلالها وتحت إشراف مباشر من مشرف الكلية (عضو هيئة التدريس بالجامعة) والمشرف المتعاون (أخصائي متخصص في المعهد أو المدرسة المتعاونة مكان التدريب) المعتمد، بتطبيق المفاهيم والنظريات والاختبارات التي درسها في مرحلة الإعداد النظري، وذلك بهدف تمكينه من أداء المهام النفسية المخصصة للأخصائي النفسي، وتدعيم اتجاهاته الإيجابية نحو المهنة ونحو الفئة التي يتعامل معها .

عناصر مكونات التدريب الميداني:

يتكون التدريب الميداني من العناصر التالية:

١ - الطالب المتدرب: يعتبر المتدرب هو المحور الأساسي في برنامج التدريب الميداني وأن باقي العناصر الأخرى يجب أن تعمل لصالح تمكينه من أداء الأدوار المطلوبة منه وحصوله على الخبرات والمهارات التي تؤهله للنجاح في عمله المستقبلي.

والمتدرب هو الطالب الذي أنهى بنجاح متطلبات الدراسة النظرية المعتمدة في قسم علم النفس وفي مساره التخصصي، وتم توجيهه من القسم لأداء المهام التدريبية المطلوبة في أحد المستشفيات والمدارس ومراكز التأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة تحت إشراف مشترك بين القسم ومؤسسة التدريب وذلك لاستكمال متطلبات تخرجه من القسم وحصوله على الشهادة الجامعية.

٢- **مشرف التدريب الميداني:** هو عضو هيئة التدريس المعتمد والمكلف من القسم بالإشراف على طلاب التدريب الميداني ومتابعة أدائهم وإرشادهم وتزويدهم بالخبرات المطلوبة وتقييم أدائهم.

٣- **المشرف المتعاون:** هو أحد المشرفين أو الأخصائيين في أماكن التدريب المتفق عليها، وهو الذي يتم اعتماده من القسم بالتنسيق مع مدير المدرسة أو المستشفى النفسي أو المركز الذي يتبع مؤسسة التدريب، ويقوم بمتابعة طلاب التدريب الميداني طوال فترة تدريبهم بالتنسيق مع مشرف التدريب الميداني بالقسم.

٤- **مدير المعهد أو المدرسة:** هو الشخص المختص أو مدير الجهة المتفق عليها لتدريب المتدربين فيها ويقوم بتوفير الشروط والظروف الإدارية لتسهيل مهمة الطالب المتدرب في أداء الأدوار المتوقعة منه بالتنسيق مع المشرف المتعاون ومشرف القسم.

٥- **مؤسسة التدريب:** هي أحد المستشفيات النفسية أو المدارس أو المراكز الخاصة بتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تعمل في مجال اختصاص الطالب المتدرب والتي يتم اعتمادها بالتنسيق ما بين قسم علم النفس ومراكز الابتعاث والتدريب والأمانة العامة للتربية الخاصة في وزارة التربية والتعليم، وذلك ضمن شروط وقواعد محددة ومتفق عليها.

٦- **برنامج التدريب الميداني:** وهو البرنامج المعتمد من القسم والذي يحدد الأدوار والمهام المطلوب القيام بها من جانب الطالب المتدرب ويحدد شروط ومعايير نجاحه فيه.

أهداف التدريب الميداني في مجال علم النفس:

للتدريب الميداني في مجال علم النفس أهداف متعددة منها أهداف إدارية ومعرفية وانفعالية نجملها في النقاط التالية:

١- تمكين المتدرب من التعرف على كيفية كتابة التقارير وتنظيمها وتحديد الاختبارات الخاصة بكل مجال من المجالات التي تتطلب خدمات نفسية.

٢- تمكين المتدرب من ربط الجانب النظري بالتطبيق العملي الميداني والتعرف على متطلبات التدريب وخصائص الفئة التي تحتاج إلى خدمة نفسية سواء أطفال في مدارس أو أطفال ذوي احتياجات خاصة أو مرضى نفسيين وتحديد احتياجاتهم النفسية وأساليب تلبية هذه الاحتياجات.

٣- تنمية قدرات المتدرب في كسب ود الحالات، وإكسابه الأخلاقيات المهنية لعملية ممارسة الخدمة النفسية، وتمكينه من مواجهة مواقف الإحباط والتوتر والقلق التي قد يواجهها أثناء قيامه بعملية التشخيص والإرشاد.

٤- تنمية مهارات المتدرب في تحديد الوسائل والأساليب التعليمية ومهارات التواصل والإدارة وغيرها. ويضيف دليل التدريب الميداني الذي أعدته المجموعة الفرعية الرابعة للأسرة الوطنية للتربية الخاصة (١٤٢٥هـ) أهدافاً أخرى تتعلق بتنمية مهارة صياغة وكتابة الخطة التربوية الفردية وخطة تعديل السلوك ومهارات استخدام الحاسوب والبرامج الحاسوبية في المجال.

أهمية التدريب الميداني في مجال علم النفس:

يحتل التدريب الميداني في برامج إعداد الأخصائيين النفسيين دورا هاما، ويرجع ذلك إلى أهمية تطبيق الجانب النظري ، مما يؤدي هذا إلى تبادل الخبرات، وإتاحة الفرصة لكافة المتدربين بالحصول على الخبرة العملية التي تؤهلهم لممارسة العمل في مجال تقديم الخدمة النفسية ، ولعل ابرز مثال على هذه الأهمية هو إعطاء مقرر التدريب الميداني ما يعادل (٦) ساعات معتمدة في خطة قسم علم النفس في جامعة الملك عبد العزيز.

وتشير جميع الدراسات والبحوث التي أجريت حول التدريب الميداني وفي جميع المجالات التربوية على اختلافها مثل دراسة حمدان (٢٠٠٢) والهاشل (٢٠٠٢) إلى أهمية التدريب

الميداني لكونه الفرصة الحقيقية والمجال الوحيد الذي من خلاله يقوم الطالب المتدرب بترجمة وتطبيق ما درسه من نظريات ومعارف ومعلومات إلى واقع عملي في مؤسسة التدريب.

وتشير الدراسة التي قام بها مسعود (٢٠٠٤) إلى أن جميع أفراد عينة الدراسة المكونة من طلاب التدريب الميداني في قسم التربية الخاصة بجامعة الملك سعود قد عبروا عن قناعتهم بأهمية التدريب الميداني وأنه قد ساهم في تعزيز مكانة التخصص عندهم ورفع قيمته المهنية، كما ساهم في تعديل اتجاهاتهم نحو فئات العملاء الذين يحتاجون للخدمة النفسية.

وتتخلص أهمية التدريب الميداني في النقاط التالية:

١- إتاحة الفرصة للطالب المتدرب بالتدرب على كيفية إقامة علاقات ودية ومباشرة مع الحالات.

٢- إعطاء المتدرب فرصة التدريب على كيفية تطبيق الاختبارات بشكل عملي.

٣- ربط الدراسة النظرية بالتطبيق العملي.

٤- تنمية مهارة إعداد التقارير والبرامج لدى المتدرب.

٥- يساهم التدريب الميداني في صقل المهارات التي يمتلكها الطالب المتدرب وتنميتها من خلال الممارسة العملية والتغذية الراجعة التي يحصل عليها من المشرفين.

٦- اكتساب معلومات جديدة.

٧- التدريب يهيئ الفرصة أمام المتدرب لاكتساب معارف ومهارات وطرق جديدة لا عهد له بها.

الصفات التي يجب أن يتحلى بها الأخصائي النفسي وواجباته:

هناك العديد من الصفات التي يجب توافرها في الأخصائي النفسي، والتي بامتلاكها يستطيع النجاح بمهارة في المجال النفسي:

١- على الأخصائي النفسي التحلي بالثقة بالنفس لما يتطلبه مجال العمل النفسي من صفات خاصة تظهر من خلال نبرة الصوت والمظهر الخارجي وعدم وجود عيوب جسمية.. الخ.

٢- تحمل المسئولية والقدرة على اتخاذ القرارات اللازمة بدون تردد.

٣- القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ودية، والبعد عن التعاطف والشفقة مع المرضى وعدم النقد لهم.

٤- التحلي بمهارة الاستماع، والموضوعية دون التحيز لشخص أو دين أو اتجاه معين.

٥- التحلي بالصبر والحلم والتواضع، حتى لا تظهر انفعالاته تجاه الحالة.

٦- احترام الذات وفهمها وتطوير إمكانياتها.

يتوقع من طالب التدريب الميداني في مجال علم النفس القيام بالمهام والأدوار التالية والتي على أساسها يتم تقييم أدائه وهي:

١- الالتزام بالحضور والانصراف حسب مواعيد الدوام الرسمي وعدم الغياب طيلة فترة التدريب.

٢- الالتزام باللائحة الخاصة بمكان التدريب.

٣- الجلوس في الأماكن المحددة للتدريب وعدم التجوال في المكان بدون إذن.

٤- المشاركة في المهام الإدارية وحصص الانتظار التي تكلفه بها إدارة المدرسة.

٥- المشاركة في الأنشطة اللاصفية التي تقيمها المدرسة أو المعهد سواء كانت هذه الأنشطة منهجية أو لا منهجية.

٦- التعرف على المهام والأدوار التي يؤديها أخصائي الخدمات المساندة وأهمية هذه لمهام ودورها في تحقيق أهداف عملية العلاج، وبناء جسور من التواصل والتعاون والمشاركة معهم في كل ما يتعلق ببرامج التشخيص والعلاج.

٧- القدرة على تحديد واختيار أساليب التقييم الملائمة.

الأدوار والمهام المطلوبة من مشرف التدريب الميداني (مشرف الجامعة):

يعتبر مشرف الجامعة المكون الأساسي الثاني من مكونات التدريب الميداني وهو الذي يتولى الإشراف على الطلاب المتدربين ومساعدتهم على ترجمة المفاهيم النظرية التي تعلموها أثناء الدراسة بالجامعة وتحويلها إلى تطبيقات عملية في المواقف التدريبية المختلفة. ويقوم المشرف على وجه الخصوص بالمهام التالية:

١- تعريف الطالب المتدرب بمؤسسات ومراكز التدريب الميداني المعتمدة من الجامعة (القسم) ومساعدته على اختيار المكان التدريبي المناسب.

٢- تعريف الطالب المتدرب بشروط ومتطلبات التدريب الميداني حسب الخطة التدريبية المعتمدة من القسم الأكاديمي المختص (قسم علم النفس) وكذلك تعريفه بالأدوار المتوقعة منه خلال مرحلة التدريب.

٣- إطلاع الطالب المتدرب على الإجراءات والقواعد التي سيتم بناء عليها تقييم أدائه.

٤- التنسيق مع مدير المدرسة / المركز والمشرف المتعاون بشان الأدوار المتوقعة من مؤسسة التدريب والمشرف المتعاون والطالب المتدرب لتحقيق أهداف خطة التدريب.

٥- تنظيم زيارات ميدانية وصفية لطلاب التدريب الميداني وفق جدول زمني محدد يتناسب مع الجداول الدراسية المعطاة للطلاب.

٦- عقد اجتماعات فردية وجماعية مع طلاب التدريب الميداني للبحث في إجراءات سير العملية التدريبية والتعرف على المشكلات والصعوبات التي تواجههم ووضع الحلول المناسبة لها، ومتابعة أدائهم وتزويدهم بملاحظاته حول الأداء. ويجب أن لا تقل عدد هذه الاجتماعات عن اجتماعين خلال الفصل الدراسي.

٧- الاطلاع على الخطط التعليمية التي يقوم الطالب بإعدادها وتزويده بالتغذية الراجعة.

٨- تقييم الطلاب المتدربين وفقاً لنماذج التقييم المعتمدة من القسم وإعطاء كل طالب الدرجة التي تتناسب مع جهوده وما حققه من أهداف.

٩- تدعيم وتوثيق العلاقة بين الجامعة ومؤسسات ومراكز التدريب الميداني.

١٠- اطلاع مدير المؤسسة والمشرف المتعاون على مسؤولياتهم تجاه الطالب.

١١- مساعدة طلاب التدريب الميداني على اكتساب المهارات والكفايات المهنية والقيم الأخلاقية.

أخلاقيات التشخيص والعلاج والإرشاد في المجال النفسي:

إن التشخيص الدقيق والموضوعي لأي مشكلة يتعرض لها التلاميذ بالمدرسة او المريض بالمستشفى النفسي أو الطفل في مركز تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة ، يعتبر المدخل الحقيقي لعملية الإرشاد أو العلاج، لذلك ينبغي على الأخصائي النفسي أن يكون لديه المهارة المطلوبة في عملية التشخيص الدقيق للمشكلات، مع معرفة حدود الدور الذي ينبغي القيام به في عملية التشخيص، ونعرض فيما يلي لبعض أخلاقيات التشخيص والعلاج وفقًا لما هو وارد بالميثاق الأخلاقي للمشتغلين بعلم النفس في مصر، والذي وضع من قبل رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) والجمعية المصرية للدراسات النفسية في أبريل (١٩٩٥)، والذي يعتبر بمثابة الميثاق الأخلاقي الذي يحكم مهنة الأخصائي النفسي ويحدد الأدوار المختلفة للعاملين في الخدمات النفسية في مصر وليكن هذا الميثاق مرشدًا للسلوك، ووفقًا لذلك فأخلاقيات التشخيص والعلاج هي:

١- يتقبل الأخصائي النفسي العميل كما هو دون إبداء نقد، أو تعنيف، أو انفعال، أو انزعاج، أو استنكار لما يعبر عنه أو يصدر منه.

٢- يقوم الأخصائي النفسي قبل عملية الإرشاد بمناقشة العميل في طبيعة البرنامج

المستخدم، مع مصارحة العميل بحدود إمكانيات العمل الذي يمارسه معه من تشخيص، أو إرشاد، أو علاج دون مبالغة.

٣- يجب الالتزام التام من جانب الأخصائي النفسي بجدول المواعيد الخاصة بالعميل.

٤- إذا كان الأخصائي النفسي المشارك في العلاج متدربا أو مساعدا تحت إشراف أستاذ أو كان المعالج أستاذ يعاونه طلاب فيجب إخطار المريض بهذه الحقائق.

٥- يجب على الأخصائي النفسي التأكد من عدم وجود مرض عضوي، قبل قبوله للإرشاد أو العلاج، وفي حالة الشك في ذلك يجب عليه تحويله إلى الأطباء المتخصصين، أو الاستعانة بهم في عملية الإرشاد أو العلاج.

٦- يحصل الأخصائي النفسي على إخطار كتابي بموافقة العميل أو ولي أمره على كافة الإجراءات الإرشادية أو العلاجية، على أن تستخدم في هذه الموافقة لغة مفهومة، وأن يعلن العميل فيها أنه أحيط علمًا بالمعلومات الجوهرية الخاصة بعلاجه.

٧- في حالة الإرشاد الأسري الجماعي، على الأخصائي النفسي أن يحدد أي منهم الحالة وأي منهم المعاون في الإرشاد أو العلاج، ويحاول التوفيق بين العلاقات الأسرية بما يعيدها إلى طبيعتها أولاً.

٨- يجب على الأخصائي النفسي العمل على إنهاء العلاقة المهنية أو الإرشادية مع العميل إذا تبين أنها حققت أهدافها بالشفاء، أو أن استمرارها معه لن يفيد العميل، وفي هذه الحالة على الأخصائي النفسي أن ينصح العميل بطلب العلاج من جهة أخرى، ويتحمل المسؤولية كاملة في تقديم كافة التسهيلات للجهة البديلة.

٩- على الأخصائي النفسي أن يتعاون بأقصى ما يستطيع مع زملائه من التخصصات المختلفة في فريق العلاج، لتحقيق أفضل ما يمكن تقديمه من خدمة للعميل.

١٠- يقتصر تسجيل المعلومات عن المريض على الهدف العلاجي وفي حدوده فقط، ولا يتجاوز ذلك إلى معلومات لا تفيد عملية العلاج ، وذلك للتقليل من انتهاك الخصوصية.

الفصل الثاني

الأعراض المرضية و المجالات التي تتطلب خدمة نفسية

* الأعراض المرضية النفسية في الطب النفسي
* الاضطرابات العصابية والذهانية الشائعة التي تواجه الأخصائي النفسي
* العلاقة الحميمة بين أمراضنا العضوية والنفسية
* بعض الاضطرابات الخاصة بالأطفال
* مجالات العمل التي تتطلب خدمات الأخصائي النفسي

الاعراض المرضية ومجالات العمل التي تتطلب خدمات الأخصائي النفسي

في هذا الفصل سوف نتناول مجالات التخصص التي تحتاج إلى الخدمة النفسية، ولكننا سنتطرق في البداية لبعض الأعراض المرضية التي على الأخصائي النفسي الإلمام بها تمهيدا لتواجده في هذه المجالات.

الأعراض المرضية النفسية في الطب النفسي:

عندما يضطرب عضو من أعضاء الجسم فإن هذا الاضطراب يؤثر على الوظيفة الجسمانية التي يقوم بها هذا العضو، وينتج أعراضا جسمانية تعبر عن هذا الاضطراب الجسمي، وكذلك الحال بالنسبة للوظائف النفسية فإنها عندما تضطرب ينتج عن هذا الاضطراب أعراض مرضية نفسية معينة، وهذا ما سوف نتناوله في النقاط التالية:

❖ **الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب الوعي**

يمثل الوعي الحالة التي يعي فيها الإنسان نفسه وما حوله، ويتعرف فيها أيضاً على المكان والزمان والأشخاص وتشمل اضطرابات الوعي واضطرابات الانتباه.

أ- اضطرابات الوعي Awareness Disorders

وتتمثل اضطرابات الوعي في الاضطرابات التالية:

١- الخلط (تشوش الوعي) Confusion: حيث يحدث اضطراب الإدراك للمكان والزمان والأشخاص، وإن كان المريض مازال قادراً على الاستجابة للمثيرات التي تحدث حوله. (في الذهان العضوي).

٢- الذهول (شبه الغيبوبة) Stupor: وهي حالة من نقص التفاعل للمثيرات، ونقص الوعي للبيئة. ويحدث فيها افتقاد الاستجابة للمثيرات الخارجية إلا المثيرات الشديدة المؤلمة.

٣- **الهذيان Delirium**: وهي حالة مركبة من اضطراب الوعي مصحوبة بتوتر وشرود وهلاوس ومخاوف ويمكن أن يصاحبها عدم الوعي بالزمان والمكان.

٤- **الغيبوبة Coma**: وهي حالة يفقد فيها الفرد الوعي تماماً وبشكل كامل ولا يمكن فيها إيقاظ الفرد، كما لا يستجيب فيها لأي مثيرات حتى لو كانت مثيرات مؤلمة.

٥- **غيبوبة ساهرة Coma Vigil**: وهي حالة من فقدان الوعي تماماً (غيبوبة) ولكن تظل العينان مفتوحتان.

٦- **الخدار Torpor**: وهي تناقص الوعي غير المصحوبة بهلاوس أو خطأ في تأويل أو ضلالات أو عدم استقرار، ويكون المريض غير مبالي وخامل وغير قادر أن يعبر عن نفسه.

٧- **الشراد Fugue**: وتطلق على حالات التجوال المصحوبة بفقدان ذاكرة إلى حد ما.

ب- **اضطرابات الانتباه Attention Disorders**: الانتباه هو درجة التركيز المطلوبة للتعامل مع جزء من المثيرات.

١- **تشتت الانتباه Distractibility**: حيث يتجه المريض لكل المثيرات الجديدة التي يتعرض لها كما في االهوس، القلق وبعض حالات الإصابة العضوية، فلا يستطيع التركيز على مثير معين.

٢- **زيادة الانتباه Hyperprosexia**: حيث يزيد الانتباه زيادة ملحوظة فينتبه المريض إلى كل المثيرات وتفاصيلها. (الوسواس).

٣- **قلة الانتباه Inattention**: حيث يقل الانتباه أو ينعدم إما نتيجة لتغير الوعي (كما في حالة شبه الغيبوبة) أو تغير الوجدان كما في حالة الاكتئاب.

❖ **الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطرابات الحركة Motor Activity**:

يشمل اضطراب الحركة العديد من المظاهر سواء كانت كمية أو كيفية بمعنى مظاهر زيادة ونقص في الحركة، أو اضطراب في طبيعة وشكل الحركة. وفيما يلي عرض لهذه الاضطرابات.

١- **اضطراب الحركات التعبيرية** Dist. of Expressive movements:

ويحدث ذلك في الوجه والذراعين واليدين والجذع مثل قطب الحاجبين في الاكتئاب.

٢- **انعدام الحركة** Absent Activity: وهنا لا يستطيع المريض القيام بأي حركة أو بتعبير أصح لا يريد المريض القيام بأي حركة، وهذا ما يحدث في الذهول.

٣- **قلة الحركة** Motor Retardation: وفيها يقتصر المريض على الحركة البسيطة جداً ولا يغادر مكانه، ويظل فيه لفترات طويلة. (الاكتئاب).

٤- **زيادة الحركة** Hyper Activity: حيث تزداد حركة المريض ولا يستطيع الاستقرار في مكان ولو لفترة قصيرة والذي يبدو بلا هدف ولم تستثيره مثيرات. (القلق، الهوس).

٥- **الحركة المشتتة** Distortable: فيها يتحرك المريض في أكثر من اتجاه وبلا هدف. (الهوس).

٦- **الحركة الاندفاعية** Impulsive: هي الحركة التي يقوم فيها المريض بالتحرك فجأة، ثم ينهي هذه الحركة فجأة. (الهوس).

٧- **الطاعة الآلية** Automatic Obedience: حيث يستجيب المريض لأي أمر يصدر له ويتحرك بدون تفكير أو تردد. ويقوم المريض بتقليد كل كلمة أو حركة أو إشارة (الفصام الكتاتوني).

٨- **السلبية أو الخلف** Negativism: وهنا يقوم المريض بالأفعال عكس ما يؤمر به أو المحافظة على وضع متصلب ضد أي محاولة للتحرك، فإذا قلنا تعال هنا يذهب في الاتجاه المخالف (الفصام الكتاتوني).

٩- **الرعشة أثناء السكون** Static Tremors: وتكون في اليدين والرأس والجذع وتحدث في حالات القلق والهستيريا.

١٠- **التكرارية** Stereotypy: وهي المداومة على الحركات المتشابهة، وتنتاب المريض حركات متكررة مثل الاهتزاز في رجليه ولا يتوقف عن هذا، وهي حركات غريبة يكررها المريض دون قصد (فصام كتاتوني).

١١- **المرونة الشمعية** Wax Flexibility: وهي تحريك عضلات المريض في أوضاع غريبة وكأنها قطعة من الشمع.

١٢- **اللوازم** Tics: وهي حركات لا إرادية بسيطة تتكرر لدى الفرد. وهي انقباضات في عضلة أو مجموعة من العضلات.

١٣- **أفعال قهرية** Compulsions: وهي حركات متكررة تتم ضد إرادة المريض ويسبقها توتر فلا يستطيع مقاومتها.

❖ **الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطرابات الكلام** Speech Disorders

١- **الحبسة الكلامية** Aphasia: اضطراب في وظيفة الكلام نتيجة إصابة بعض المراكز المخية الخاصة بعملية الكلام وهو اضطراب متعدد الأنواع، وقد تكون:

أ- حبسة حركية أو تعبيرية وهنا المريض يفهم ولا يستطيع التعبير.

ب- حبسة التسمية والمريض هنا لا يستطيع تسمية الأشياء.

ج- حبسة الفهم: المريض لا يستطيع فهم الكلمات المسموعة أو المكتوبة.

د- الحبسة الشاملة: لا يستطيع الفهم أو التعبير.

٢- **انعدام الكلام** Mutism: لا ينطق المريض بأي كلمة مهما كان السؤال (الهستريا).

٣- **قلة الكلام**: كلمات قليلة مقتضبة تأخذ شكل التلغرافية، وعادة لا يبدأ المريض الكلام.

٤- **الثرثرة (كثرة الكلام)**: حيث يتحدث المريض بدون سبب ويتزايد كلامه، ولا يتناسب حجمه مع السؤال الموجه له، ولكنه يكون منطقي ومنسق.

٥- **اللغة الجديدة** Neologism: يستخدم المريض ألفاظا مركبة خاصة به وعبارات جديدة وبطريقة غير مفهومة، وتعتبر كأنها لغة سرية يتكلم بها ولا يفهمها أحد غيره (الفصام).

٦- **اللجلجة** Stuttering: وهي تقطع التدفق الطبيعي للكلام وتحدث في حروف وسط الكلمة مثل (و ح ى ى يد) أو يكرر المريض في بداية الكلمة مثل (و ح و ح و ح وحيد)، وقد تصاحبها حركات تقلصيه في عضلات الوجه.

٧- **ترديد بلا معني لكلمات أو جمل معينة** Verbigeration: كأن يكرر المريض كلمة سمعها، فإذا قلت "اليوم ايش" يقول "ايش". أو يكرر جملة سمعها، فإذا قلت له "اليوم ايش" يقول "اليوم ايش".

❖ **الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطرابات الوجدان** Affective Disorders

تنقسم اضطرابات الوجدان أو الانفعال إلى اضطرابات سارة واضطرابات غير سارة.

أ- الاضطرابات السارة: وتتمثل في بعض الاضطرابات التالية:

١- **الشعور بحسن الحال:** وهو إحساس ذاتي بالثقة التامة والشعور بأن كل شيء على ما يرام رغم وجود المرض. (فصام أمراض عضوية).

٢- **الطرب:** حالة من المرح الشديد دون سبب واضح، وغالباً ما يصاحبها شعور بالعظمة. ويبث المريض حوله جواً من الطرب والسعادة وتصبح الحالة معدية (هوس).

٣- **التفخيم:** وهي حالة شديدة من الطرب مصحوبة بالشعور بالعظمة، ويعتقد المريض أنه أقوى وأذكى شخصية في العالم (فصام – هوس).

٤- **النشوة:** وهو شعور من الهدوء والسكينة والسلام، وعادة ما يكون مصحوباً بإحساس ديني. (صرع – فصام).

ب- الاضطرابات غير السارة:

١ - **القلق** Anxiety: وهو الشعور الدائم بالخوف والتوتر بدون سبب محدد مع توقع مصائب أو شر.

٢- **الهلع** Panic: وهو ذعر مصحوب بالإحساس بالهلاك مع أعراض جسمانية كالاختناق وزيادة دقات القلب.

٣- **الأسى** Grief: انفعال يتميز بالحزن العميق بسبب فقدان أحد الأقارب أو الفشل في العمل، ولا يصاحبه أي شعور بالذنب.

٤ - **الاكتئاب** Depression: شعور شديد بالحزن مع اليأس والتشاؤم وشعور بالذنب وتقليل قيمة الذات.

٥- **الرهاب** Phobia: الخوف من شيء معين

ج- اضطرابات نوعية أخرى:

١ - **التبلد** Apathy: حيث يفقد المريض القدرة على التعبير عن أي عاطفة. (فصام).

٢ - **اللامبالاة** Indifference: وهنا يشعر المريض بالشعور المناسب ولكنه لا يستطيع التعبير عن ذلك، ويبدو فاقداً للشعور ظاهرياً ولكنه لو سئل أجاب بما يتماشى مع الموقف.

٣- **التباين** Incongruity: وهنا يحدث عدم توازن في العاطفة، مع شعور بعاطفة لا تتناسب مع الموقف، أو الخبر الذي يسمعه، كأن يضحك عند سماع نبأ محزن، أو يحزن عند سماع خبر سار.

٤- **تناقض الوجدان** Ambivalence: وهنا يوجد الشعور ونقيضه في نفس الوقت، كأن يشعر بالحب والكراهية تجاه شخص واحد في نفس اللحظة (الفصام).

٥- **التقلب الوجداني** of affect Liability: وتكون العاطفة هنا غير ثابتة، بل تتغير وتتحول إلى النقيض بسرعة وبدون سبب واضح فقد يبكي المريض وفجأة ينقلب إلى الضحك أو الغناء. (عته الشيخوخة).

❖ الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطرابات التفكير Thought Disorders

ونستطيع تقسيم هذه الاضطرابات إلى:

أ- اضطرابات التعبير عن التفكير

هذا الاضطراب هو من الأعراض المميزة لمرض الفصام. حيث يشعر المريض بغموض وصعوبة في التعبير عن أفكاره ويظهر ذلك في هيئة:

١- **قلة وعدم الترابط بين الأفكار:** بحيث لا يستطيع المريض الاستمرار في موضوع واحد لمدة طويلة، مع تطاير أفكاره وعدم قدرته على الانتهاء مما بدأ و (أو) ربط الأفكار بعضها مع البعض.

٢- **صعوبة إيجاد المعنى بسهولة:** ولذا فهو يحوم حول المعنى ويزيد الكلام ويستعمل الألفاظ الضخمة ويدخل في التفصيلات التافهة، ولكنه لا يستطيع التركيز على المعنى المطلوب وإظهاره بوضوح مع إجابات هامشية تدل على أنه يحوم حول الموضوع ولكنه لا يستطيع الدخول في لب الموضوع.

٣- **امتزاج الواقع مع الخيال:** واختلاط الأحداث اليومية الحقيقية باضطراب تفكيره، مما يجعل شكل تفكيره شبيهاً بما يحدث في الأحلام وتصبح الحقيقة والخيال جزءاً واقعياً في حياته الفكرية.

٤- **عدم قدرة المريض على تحديد ماهية المشكلة:** وبالتالي عدم قدرته على التجريد ويكون تفسيره عيانياً، مثل عدم القدرة على تفسير الأمثال الشعبية وتجريدها.

ب- اضطراب مجرى التفكير

١- **توقف التفكير** Thought Block: وهو أحد الأعراض المميزة لمرض الفصام، حيث يتوقف المريض عن التفكير أثناء حديثه ثم يبدأ الكلام ثانياً في موضوع آخر، وهذا يختلف عن كف وبطء التفكير الذي يحدث في مرض الاكتئاب والذي يصبح أثناء التفكير بطيئاً ولكن بطريقة مترابطة ومنتظمة.

٢- ضغط الأفكار Thought Pressure : هنا يشعر المريض بسباق دائم بين أفكاره ويشكو من ازدحام رأسه بأفكار متعددة، ولكن عندما يسأل عن الإفصاح عنها يعجز عن ذلك نظراً لعدم قدرته على التعبير الواضح عن هذه الأفكار ويبدأ في إسقاط ذلك على الغير وأنهم لا يفهمونه ولا يقدرون آلامه وانفعالاته وأفكاره. ويشكو من أن الطبيب لا يعطيه الوقت الكافي، وقد يمضي المعالج الساعات معه ولكنه غير قادر على تكثيف أفكاره.

وهذان العرضان، أي توقف وضغط الأفكار من الأعراض المميزة لمرض الفصام.

ج- اضطراب التحكم في التفكير

١- سحب أو الحرمان من الأفكار Thought Withdrawal : يشكو المريض من أن محتويات أفكاره تسحب منه بواسطة أجهزة خاصة وذلك لحرمانه منها نظراً لخطورتها وأن هؤلاء العملاء يريدون استعمال هذه الأفكار في إنقاذ أو تحطيم البشرية... وهكذا، ويشكو دائماً من الفراغ التفكيري، حيث أنهم قد سلبوه معظم أفكاره ومن ثم لا يستطيع التركيز في العمل أو الاستذكار.

٢- إدخال الأفكار Thought Insertion : وهو عكس الاضطراب السابق، حيث يعاني المريض من أفكار دخيلة عليه من قوى خارجية تريد تسخيره للعمل معها ويشكو المريض من أنه لا حيلة له، وعلى الرغم من مقاومته لهذه الأفكار إلا أنها قد شلت أفكاره السابقة وأصبحت هي المسؤولة عن كل تصرفاته، وبالطبع يرجع هذا التدخل للإشعاعات والعقول الإلكترونية، وإن كان ذا ثقافة متواضعة فلا مانع من تأويلها إلى السحر والشعوذة (العمل)... إلخ.

٣- إذاعة وقراءة الأفكار Thought Broadcasting : ويرتبط هذا الاضطراب بما سبق شرحه، حيث يشكو المريض من سرقة أفكاره وإذاعتها في الراديو ونقلها للتليفزيون ونشرها في الجرائد، بل وأحياناً يعاني من أن الناس يستطيعون قراءة أفكاره وما يجول بخاطره، ولا شك أن هذا الاعتقاد الخاطئ يجعله في حالة من الخوف والذعر الدائم.

د- اضطراب محتوي التفكير Thought Content:

هنا يصبح المريض أسيراً لاعتقاداته الخاطئة ووساوسه وأفكاره المرضية وتوهمه علل بدنية، ويؤول جميع أنواع السلوك التي تحيط به تبعاً للضلالات التي تحتل كل محتوى تفكيره والتي تختلف من فرد لآخر.

الضلالات (Delusions): هي اعتقاد خاطئ مرتب ومنسق ولا يتفق مع الواقع أو مع ذكاء المريض أو مستواه التعليمي ولا يمكن تصحيحه بالمنطق أو الحجة فهو يؤمن به إيماناً راسخاً. وتشمل الضلالات:

١- ضلالة العظمة Grandiosity: وهنا يعتقد المريض أنه شخص مهم جداً وأنه ذو مكانة هائلة أو نفوذ وقد يدعي أنه شخصية معروفة اجتماعية.

٢- ضلالة الاضطهاد Persecution: يشعر المريض أن كل من حوله يضطهدونه ويريدون إيذاؤه وأن هناك من يتعقبه.

٣- ضلالة الأهمية Significance: الاقتناع بأنه على معرفة بأهل المريخ أو أنه يكشف الغيب أو له علاقة بالملائكة.

٤- ضلالة الإشارة Reference: اعتقاد المريض بأن كل ما يحدث حوله يشير إليه فإذا همس إنسان لجاره اعتقد أنه يقصده هو، كما يعتقد أن التليفزيون أو وسائل الإعلام تتحدث عنه.

٥- ضلالة الذنب Guilt: يلوم المريض نفسه ويقلل من قدرة ويحمل ذنب كل ما يحدث حوله.

٦- ضلالة التأثير Nihilistic: يغلب على مرضى الاكتئاب ضلالات العدمية وتعني الإحساس بفقدان أو غياب أحد أعضاء الجسم أو توقفه عن العمل فيشكو المريض بأن رأسه فارغ وأن المخ اختفى أو أن الجهاز الهضمي توقف عن العمل، ويداوم على المعاناة من فراغ صدره من الرئة والقلب وأنه أصبح في عداد الأموات.

❖ الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطرابات الإدراك Perceptual Disorders

الإدراك هو العملية العقلية التي يتم بها إعطاء معنى لما نحسه أو نراه أو نسمعه أو نتذوقه أو نشمه (الحواس الخمسة) وتنقسم إلى مجموعتين:

الأولى: تشوهات الإدراك الحسي وتحدث مع الإدراك الحقيقي للموضوعات ومنها:

١- التغير في شدة الإحساس بالزيادة أو النقص حيث تزيد شدة الإحساس عند الانفعالات الشديدة.

٢- التغير في الكيفية: حيث أن بعض المواد السامة تشوه الإدراك البصري.

٣- التغير في الحيز المكاني: يحدث كبر حجم الموضوعات أو صغرها، كما يحدث في الأحلام واضطراب تكيف العين.

الثانية: خداعات حسية وتظهر في:

١- خطأ التأويل (الخداع): وهو الفهم أو التفسير الخاطئ لمثير مثل الطفل الذي يعاني من هذيان الحمى، أو يستجيب بطريقه مرضيه فإذا رن جرس التليفون مثلاً يسمعه كطرق الباب أو صوت إنسان.

٢- الهلاوس: هي استجابات حسية واضحة دون وجود منبه وتسمي الهلاوس بحسب نوع الاستجابة، فإذا سمع المريض أصواتاً تناديه أو تسبه أو تلعنه دون وجود أحد يقوم بذلك فهذه هلاوس سمعية وإذا أبصر أشياء أمامه وهي غير موجودة تسمى هلاوس بصرية وتوجد هلاوس شمية وحسية وتذوقيه.

وأهم أنواع الهلاوس ما يلي:

١- الهلاوس السمعية (Auditory)

هي أكثر انتشاراً في مرضى الفصام وتأخذ طابعاً خاصاً بالتعليق على حركات المريض

أو تكرار ما يقرأه وأحياناً إما تكلمه الأصوات في هيئة شخص ثالث ومباشر وتعطيه أوامر لتنفيذها وكثيراً ما تلعنه أو تسبه أو تهاجمه أو تتهمه اتهامات شاذة ونادراً ما تمدحه أو تشجعه. وعادة ما يؤول المريض هذه الأصوات على إنها صادرة من الناس في الشارع أو الجيران أو ممن حوله أومن الراديو أو التليفزيون وكثيراً ما يتشاجر المريض مع هذه الأصوات بصوت عالي فتجده فجأة يقول (ابعد عني) أو (حرام عليك... إلخ).

٢- الهلاوس البصرية (Visual)

هي أكثر انتشاراً في حالات الذهان العضوي وأحياناً نصادفها في الحالات الحادة في مرضى الفصام عندما يكون التفكير مشوش ودرجة الوعي مختلطة وهنا يرى المريض أضواء باهرة ووجوه مخيفة وحيوانات تزحف نحوه. وتثير الهلاوس البصرية الذعر والخوف في المريض أكثر من السمعية.

❖ **الأعراض المرضية التي تنشأ من الاضطرابات الذهانية** Psychotic Disorders

يعتبر الذهاني أكثر اضطراباً وعجزاً عن العمل والتكيف للحياة من العصابي لكون اضطرابات الذهان تمس التفكير والاتصال بالواقع.

ويتميز الذهاني عن العصابي بالآتي:

١- عدم الاستبصار بالمرض.

٢- فقدان الصلة بالواقع.

٣- الاختلال في إدراك الزمان والمكان.

٤- يكون خطر على نفسه وعلى الآخرين بالمعنى القانوني.

هناك نوعان من الذهان:

أ- الذهان العضوي Organic

ب- الذهان الوظيفي Functional

ويكمن الفرق بين الذهان العضوي والذهان الوظيفي في مسببات المرض. حيث نجد السبب في حالة الذهان العضوي يرجع إلى اختلال أو إصابات عضوية في المخ أو الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى ظهور الأعراض الذهانية مثل الهلاوس والضلالات واضطرابات الذاكرة واختلال القدرة على اختبار الواقع واختلال إدراك الزمان والمكان.. إلخ.

أما في الذهان الوظيفي فيصعب تحديد عوامل بيولوجية محددة على الرغم من محاولة دراسة كثير من العلماء للجانب العضوي أو الوراثي كعنصر محدد للذهان الوظيفي.

كما يرى كثير من العلماء أن علاج الذهان الوظيفي أسهل من علاج الذهان العضوي ذلك لأن الأسباب العضوية يصعب في الغالب علاجها خاصة الذهان الناتج عن الشيخوخة. إلا أن هناك حالات من الذهان الوظيفي، خاصة التي تزحف على الشخصية ببطء مثل الفصام البسيط والتي تظهر في أعمار مبكرة تكون أصعب في علاجه.

كما يكمن الفرق بين النوعين أن في العلاج بالعقاقير أو الجراحة أنجح في حالات الذهان العضوي.

كذلك إذا تم علاج العضو المصاب والمسؤول عن الأعراض الذهانية فإن هذه الأعراض تختفي ويشفى المريض تماماً.

❖ **الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطرابات الذاكرة** Psychotic Disorders

١ - النساوة (فقدان الذاكرة) Amnesia

يفشل المريض في استدعاء الأحداث السابقة وتشمل:

أ- نساوه للأحداث القريبة Anterograde amnesia: وتحدث في سن الشيخوخة أو تصلب الشرايين.

ب- نساوه للأحداث البعيدة Reirograde amnesia: حيث يفقد الشخص القدرة على استدعاء الأحداث التي مر عليها وقت.

ج- فقدان ذاكرة لأحداث معينة Circumscribed amnesia: وتسمي فجوات الذاكرة وتحدث في الهستيريا.

٢- تشوه الذاكرة Distortion of memory **وتشمل:**

أ- تشوه الاستدعاء Paramnesia **ويكون ذلك بحدوث واحدة مما يلي:**

١- تزيف الأحداث الماضية كما يحدث في الهستيريا.

٢- ادعاء الضلالات كخبرة ماضية مثل الفصامي الذي ترجع ضلالاته إلى سنوات مضت برغم حداثة مرضه.

٣- الذكريات الضلالية: وفيها تأخذ الضلالات شكل ذكريات.

٤- التلفيق: وهو تذكر أحداث على إنها حدثت للمريض وإنما هي لم تحدث إطلاقا.

ب- تشوه التعرف وذلك بواحدة مما يلي:

١- ظاهرة الألفة: حيث يعتقد المريض انه يعرف جيدا هذا الشخص رغم مقابلته له لأول مرة.

٢- التعرف الخاطئ: وهو إما خطأ تعرف موجب حيث يتعرف على الغرباء كأصدقاء وخطأ سالب حيث ينكر أصدقائه.

٣- حدة الذاكرة: وهي درجة مبالغ فيها من تسجيل الأحداث واستدعائها.

الاضطرابات العصابية والذهانية الشائعة التي تواجه الأخصائي النفسي

❖ مرض الاكتئاب

لو تأملنا قليلاً لوجدنا أننا نعيش في عالم من المتغيرات الفعلية والعملية ولشعرنا بهذا الكم الهائل من الكلمات والمتغيرات التي يحمل بعضها شحنات عاطفية متباينة النوع والشدة ولرأينا كيف أن النفس البشرية تتأثر بما حولها من التحرير وكيف تقع في أزمات ومشكلات وتصطدم أحياناً بواقع مرير وغير متوقع ويحدث الشعور بالعجز عن تحقيق بعض المتطلبات والأهداف مما يؤدي إلى الإحباط والاكتئاب.

مرض الاكتئاب هو حالة تشمل أو تصيب الجسم كله فبالإضافة إلى المزاج والذهن والسلوك فهي تؤثر على شهيتك للأكل وطريقة نومك وانطباعاتك عن نفسك وعن الآخرين وعن المستقبل من حولك، فحالة الاكتئاب ليست بحالة حزن شديد فقط يمر بها الإنسان وهي كذلك ليست بعلامة أو دلالة على ضعف الشخصية وهي ليست بحالة يمكنك أن تذهبها عنك أو تطردها من ذهنك بمجرد أن لا تفكر فيها فالمصابين بالاكتئاب لا يستطيعون كما يعتقد البعض أن يتركوا الهم ويخرجوا مما هم فيه بإرادتهم. وبدون العلاج قد يستمر مرض الاكتئاب أسابيع أو أشهر أحياناً سنين طويلة وذلك حسب نوع الاكتئاب أما مع العلاج الصحيح بإذن الله فإن ٨٠٪ من المصابين سوف يتحسنون تحسناً ملحوظاً.

أنواع الاكتئاب:

يوجد أنواع كثيرة وأشكال متعددة من الاكتئاب قد تصل إلى ٤٥ نوع. - كل نوع منها يحتوي على اختلافات كثيرة في الأعراض وشدتها وتكرارها وأسلوب علاجها- وفيما يلي أكثر أنواع الاكتئاب انتشاراً بين الناس:

١- الاكتئاب الجسيم: يتميز هذا الاكتئاب بظهور مجموعة من الأعراض التي تؤثر على النشاط اليومي والعمل والنوم والأكل وحتى التمتع بأبسط متع الحياة، وقد يمر الاكتئاب بحالة شديدة قد تقعد الإنسان أو تعيقه لفترة زمنية تطول أو تقصر وقد تتكرر أكثر من مرة في حياة المصاب (الاكتئاب المتكرر).

٢- الاكتئاب الخفيف (خفيف الشدة): وهو نوع أخف شدة من حدة الاكتئاب الجسيم، ولكنه يستمر لمدة زمنية أطول، لا يعيق هذا النوع البسيط من القيام بمهام الحياة الطبيعية، ولكنه يقلل من الرغبة والنشاط المطلوب للقيام بتلك المهام والوظائف الحياتية، وهو كذلك يحرم الإنسان من التمتع بمباهج الحياة، وفي بعض الأحيان يعترض الاكتئاب الخفيف نوبات من الاكتئاب الجسيم.

٣- الاكتئاب ثنائي القطب (الهوس الاكتئابي): يكون الاكتئاب هنا جزء من مرض الهوس الاكتئابي الذي يسمى أيضاً بثنائي القطب، وهو نوع أقل انتشاراً من النوعين الأولين ويتميز بدورات مختلفة من الابتهاج والشعور بالفرح الشديد الخارج عن المألوف ثم يمر المريض بدورة معاكسة في المزاج يكون فيها اكتئاب شديد. في معظم الأحيان يكون التغير في المزاج تدريجياً، ولكنه في بعض الأحيان يكون سريعاً (دورة متقلبة سريعة التقلب).

٤- الاكتئاب المقنع: تبدأ أعراض الاكتئاب بأعراض جسدية مثل الآلام المختلفة في الجسم- الشعور بالوخز في الجلد- الشعور بضيق التنفس- الصداع- الشعور بخفقان القلب أو ما إلى ذلك- فهي أعراض جسدية ولكن ليس لها منشأ عضوي غالباً سببها الحالة النفسية.. أن معظم الناس المصابين بهذا النوع من الاكتئاب ليس لديهم المقدرة اللغوية على التعبير عن مشاعرهم بسبب انخفاض مستوى التعليم، أو عدم وجود الألفاظ التي تعبر عن الشعور بالضيق والملل والكآبة والحزن مما يصعب عليهم وصف حالتهم.

وهناك أنواع عديدة أخرى للاكتئاب النفسي: أهمها هو الاكتئاب التفاعلي (العصابي)- الاكتئاب الداخلي (الذهاني)- الاكتئاب الموسمي- الاكتئاب المزمن- اكتئاب الشيخوخة- الاكتئاب العضوي- اكتئاب سن اليأس واكتئاب الدورة الشهرية... الخ

وفيما يلي ملخص لأهم أعراض الاكتئاب:

١- المزاج الحزين أو القلق وضيق الصدر.

٢- الإحساس بالتشاؤم وفقدان الأمل.

٣- الشعور بالذنب.

٤- فقدان الشعور باللذة أو الانشراح لممارسة الهوايات والنشاطات التي كان الفرد يتمتع بها قبل ذلك.

٥- الأرق، النهوض المبكر جداً من النوم وأحياناً النوم الزائد.

٦- تغييرات في الشهية، فقد الشهية للطعام ويفقد المريض من وزنه أو تزداد الشهية لديه ويزداد الوزن.

٧- ضعف في الطاقة العامة، التعب وبطء الحركة.

٨- أفكار انتحارية أحياناً.

٩- الشعور بعدم الاستقرار والتململ والاضطراب.

١٠- صعوبة التركيز وضعف في الذاكرة والبطء والتردد في اتخاذ القرارات.

١١- أعراض عضوية متنوعة لا تستجيب إلى العلاجات العضوية العادية مثل الصداع ووجع البطن وآلام مختلفة في كل عضو من أعضاء الجسم.

❖ القلق

ويتميز القلق النفسي بأنه إحساس عام ينتاب المريض غير مقصور على موقف أو موضوع معين مع توتر وعدم أمان، والقلق هو المظهر الأساسي للعصاب بوجه عام.. ويؤدي بالمريض إلى الإحساس بالمخاوف المرضية وفقدان الشهية وسرعة الإثارة والأرق والوهن الجسدي وضعف التركيز وكثرة النسيان، وأكثر هذا حدوثاً خلال الأعمال اليومية وأشد ما يبدو في النهار عندما تتداخل الأحداث فالطالب يشكو ضعف التحصيل رغم التكرار، والتاجر يشكو ضياع المفكرات والدفاتر بكل الأعذار، والمحاسب ينعي ضعف قدرته على ضبط الأرقام والصحفي يتعلل بعدم قدرته على مجاراة مواعيد المقابلات الصحفية، والمدرس يرتبك وينسى ما يقوله أثناء المحاضرات.. وهكذا.

إن القلق النفسي يعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً فهو يصيب ١٠-١٥٪ من الناس ويزداد حدوثه في الفترات الانتقالية من العمر كالانتقال من مرحلة البيت إلى المدرسة أو من مرحلة الطفولة إلى المراهقة وعند الانتقال إلى سن الشيخوخة والتقاعد وسن اليأس عند النساء.

وعندما يصبح القلق شديد فهو يؤثر على الحالة الجسمانية نتيجة زيادة نسبة مادة الأدرينالين في الدم ومن المعروف علمياً أيضاً أن القلق يزيد من سرعة تجلط الدم كظاهرة فسيولوجية لإعداد الجسم للطوارئ كالهجوم أو الهروب وسرعة التجلط تزيد من انسداد الشريان التاجي للقلب وتحدث السكتة القلبية أو لعل هذا ما يفسر نسبة ارتفاع أمراض القلب في هذا العصر المليء بالحروب والمجاعات والأمراض الخطيرة كالإيدز وإدمان المخدرات والكحول وما تفرزه الحضارات والتكنولوجيا والصراعات المستمرة بين الناس.

ومن أهم الأسباب المؤدية للقلق هي حدوث الأزمات النفسية.. فالأزمة النفسية تعرف على أنها حالة من الحالات الانفعالية المؤلمة التي تنشأ نتيجة إحباط دافع أو أكثر من الدوافع القوية سواء كانت تلك الدوافع فطرية أو مكتسبة.. وتحدث الأزمة النفسية عندما يمر الفرد بموقف تحول فيه العقبات والموانع دون حصوله على شيء يريده.. الأمر الذي يسبب التوتر والقلق والإحساس بالألم كالشعور بالنقص والخيبة والعجز أو الشعور بالذنب والخزي والاشمئزاز أو الإحساس بالظلم والرثاء للذات أو الشعور بالوحشة والاغتراب أو شعور الفرد بفقد احترامه لنفسه.. إن الأزمات النفسية تنشأ من المواقف والأحداث غير السارة التي تواجه الفرد وهي إحباط ينشأ عن عقبات اجتماعية أو مادية أو اقتصادية أو شخصية أو مزاجية (الصراع النفسي الداخلي).. وفيما يلي سرد لبعض المواقف أو المنغصات التي تصادفنا دائماً:

١- المواقف أو الأفعال التي من شأنها أن تثير تأنيب الضمير وتورث المتاعب والآلام النفسية.

٢- كل ما يمس كرامة الفرد واحترامه لنفسه.

٣- عندما يستبد بالفرد الخوف ويستولى عليه القلق لفقدان مركزه الاجتماعي أو حين يتوهم ذلك أو حين يفقده بالفعل.

٤- عندما يبتلى برئيس مستبد متسلط.

٥- حينما يقع على الفرد عقاب لا يستحقه من جراء حدث هو بعيد عنه كل البعد ولا دخل له فيه.

٦- عندما يمنع من تحقيق ما يريده منعاً تعسفياً.

٧- إذ ما شعر ببعد المسافة بين مستوى طموحه ومستوى قدراته.

٨- عندما يرى من حوله يكافئون دون استحقاق بينما يحس أن الظلم واقع عليه وحده.

وتتوقف شدة الأزمة أو خفتها على وجهة نظر الفرد في المواقف أو الأحداث.

❖ الهستيريا

ويتميز المصاب بالهستيريا بالطفلية في سلوكه، والأنانية، وتجنب تحمل المسئولية، وبالثرثرة، كما أنه ممثل بارع يغالي في التعبير عن انفعالاته، متقلب فيها، شديد الحساسية، يبكي ويضحك لأتفه الأسباب، ويميل إلى اكتساب عطف الناس عليه، كثير الشكوى، يرغب في أن يكون محور الاهتمام ومركز العناية، كما أنه اجتماعي يحب الاختلاط، ويسهل التأثير عليه بالإيحاء مما يهيئه لامتصاص انفعالات من حوله بسرعة لشدة حساسيته فيبكي إذا بكى الآخرون ويضحك إذا ضحكوا، إلا أن انفعالاته مؤقتة مما قد يدعو إلى التشكك في إخلاصه، فإن أحب فبعنف، وإن كره فبحدة إلا أن عواطفه هذه لا استمرار فيها ولا عمق، إذ قد تنقلب فجأة من حال إلى حال، لذا فالشخص الهستيري لا يستطيع أن يحب كما لا يمكنه أن يكره وقد يشكو المريض من آلام جسمانية متعددة تنتقل من عضو إلى عضو في جسمه، وقد تظهر أعراض الشلل في أحد أطرافه، أو فقدان الحساسية في جزء من أجزاء جسمه، وقد يصاب بالعمى أو الصمم أو القيء، وما إلى ذلك من الأعراض دون أن يكون لأي منها أي أساس عضوي. وتتميز هذه الأعراض بفقدان العضو المصاب للقدرة الوظيفية التي كان يؤديها للفرد وتسمى هذه بالهستيريا التحويلية.

أنواع الهستيريا :

١- الهستيريا التحولية : الشكل التحولي للعصاب الهستيري يتميز باختلافات عريضة من الأعراض الجسمانية. وقد تؤثر الأعراض في العضلات مؤدية إلى الشلل أو التشنجات، أو الحركات الشاذة. وقد تؤثر على الحواس مما يؤدي إلى فقدان الحساسية أو العمى أو الصمم. أو تؤثر على الجهاز الهضمي، مما قد يؤدي إلى فقدان الشهية أو القيء. وتختلف الأعراض الجسمانية في الهستيريا عن أعراض الأمراض العضوية. إذ أن الاضطرابات الوظيفية الهستيرية لا تتفق والتشريح العصبي، ولكنها تساير المفهوم العام عن وظيفة العضو. فالمريض مثلاً الذي قد يصاب بشلل هستيريا وفقدان الحساسية في طرف من أطراف يصاب بالشلل من كل ذراعه وفي يده من الكوع إلى أطراف الأصابع. ولا توجد إصابة في الجهاز العصبي من الممكن أن تؤدي إلى مثل هذه الإصابة الهستيرية. والمرضى الهستيريون لا يبالون عادة أو يهتمون بما قد يبدو خطيراً ومعجزاً من الاضطرابات الوظيفية.

٢- الهستيريا الانشقاقية (التفككية) : والهستيريا التفككية شكل آخر من أشكال الهستيريا... ويحدث هذا النوع من العصاب نتيجة لتغيير في حالات الشعور بدرجات مختلفة من الحدة. ولعل أبسطها وأكثرها شيوعاً فقدان الذاكرة Amnesia وفيها يفقد المريض ذاكرته بالنسبة لأحداث في حياته تتراوح من ناحية الزمن من عدة ساعات إلى كل الحياة، وبالطبع تؤثر هذه الحالة تأثيراً خطيراً في هوية المريض. وقد يتناوب فقدان الذاكرة بفترات من الذاكرة العادية وفي كل حالة يستطيع المريض أن يتذكر فقط الأحداث المرتبطة بموقف معين وهو ما يطلق عليه (فجوات الذاكرة).

❖ الوسواس القهري

الأفكار الوسواسية : هي أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات ليست مرغوبة من الشخص

ويرى أنه لا معنى لها ويحاول الشخص أن يتجنبها أو يكبحها إلا أن هذه المحاولات تسبب له قلقاً شديداً كما أن الشخص يتعرف على أفكاره الوسواسية على أنها من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج وأشهر الوساوس هي:

١ - **وساوس دينية** : مثل التساؤل الله خلقنا فمن خلق الله؟

٢ - **وساوس التلوث**: كالشك في نظافة الجسم أو اليد أو الأواني والأكواب... الخ.

٣- **وساوس عدوانية** : كفكرة تراود الأم في أن تقتل طفلها.

٤ - **وساوس جنسية** : مثل فكرة الاعتداء الجنسي.

أما الدفعات القهرية : فهي سلوكيات متكررة غير هادفة وعن قصد وتتم كاستجابة لأفكار وسواسية وبشكل نمطي ومتكرر، ومع أن هذا السلوك خطط لتقليل القلق الناشئ عن الوساوس إلا أنه لا يؤدي بطريقة واقعية إلى ذلك ومع أن الشخص يحاول مقاومة هذه القهروات إلا أنها تتم رغماً عن إرادته نتيجة للتوتر الشديد الذي يشعر به حين يحاول مقاومتها.

والدفعات القهرية منها ما يكون متعلقاً بالنظافة كغسيل الأيدي مرات كثيرة أو عدداً معيناً من المرات، أو بالترتيب كمن لا يستطيع بدأ عمله إلا بعد ترتيب طويل لأوراقه وبنظام خاص، أو ذات طابع عدواني كمن يشعر برغبة في صفع من يقابله، أو في هيئة سلوك غير مناسب كالغناء في المساجد.

وقد تتحول هذه القهروات إلى طقوس حركية نتيجة لتكرارها المستمر أو لاتخاذها طابعاً معيناً.

وعادة ما يبدأ هذا الاضطراب في المراهقة أو في بداية الرشد وأن كان من الممكن حدوثه في السنوات اللاحقة بنسبة أقل، وقد لوحظ أن ثلثي مرضى الوسواس يصابون بالاكتئاب كما أن ثلث مرضى الاكتئاب لديهم أعراض وسواسية.

وقد لوحظ أيضاً أنه في حالات قليلة يتحول الوسواس المزمن إلى اضطراب ذهاني حيث يبدأ الشخص في تقبل وساوسه وتتحول إلى ضلالات يقتنع بها الفرد ويؤمن بها.

❖ الفصام

تعريف ونسبة انتشار الفصام: ويعرف الفصام (فصام الشخصية) على أنه حالة عقلية (ذهانية) غير سوية تصيب الإنسان تسبب تغييراً عميقاً في أنماط تفكيره وشعوره وسلوكه تجاه العالم بحيث تختلط لديه الحقيقة بالوهم تؤدي إلى تبني أساليب وتصرفات لا تتفق مع الواقع مما يجعل المريض غير مستبصر بمرضه (أي لا يعرف أنه مريض).. إن الفصام مرض لا يمكن تجاهله فقد وجد أن حوالي ١٪ من سكان العالم يعانون من هذه الحالة الذهانية بدرجة متساوية بين الذكور والإناث... وتشير أحدث الإحصائيات أن عدد مرضى الفصام في مصر يزيد عن ٤٠٠ ألف مريض.. يبدأ مرض الفصام في الظهور عادة في مرحلة الرشد المبكر من النمو النفسي (المراهقة) على الأخص في عمر (١٦-١٨ سنة) وظهوره لا يعني أنه حديث التكوين تماماً بل هو استمرار لسلسلة من الأحداث غير السوية كانت متوارية عن عيون أفراد الأسرة وعن وعي المريض نفسه.

أعراض وعلامات مرض الفصام: ولعل أهم الأعراض والظواهر المرضية في مريض الفصام هي اضطرابات التفكير فيصبح تفكيره غير واقعي ومنصب تجاه نفسه وأحياناً يتوقف ويكون غير مترابط ويشعر المريض بأن هناك قوة تسحب أو تسيطر على أفكاره.. وكذلك يتحول تفكير المريض إلى ضلالات وهذاءات التي تعرف بأنها فكرة خاطئة وغير قابلة للتغيير أو لإقناع المريض بخطئه، وهناك أنواع عديدة من الضلالات مثل ضلالة الاضطهاد والعظمة والتأثير والخيانة والتغيير في الشكل الجسماني والوهم.. الخ.. ومن الأعراض الهامة أيضاً في مريض الفصام الهلاوس التي تعرف بالإدراك الحسي للمريض لشيء ما غير موجود أساساً كأن يرى خيالات أمامه أو يسمع أصوات وربما يدخل في حوار مع

هذه الأصوات وهو ما يبدو لنا وكأنه يتحدث مع نفسه، أيضاً نجد في مريض الفصام اضطراب في الوجدان كتبلد الشعور واللامبالاة والتناقض الوجداني حيث تكون انفعالات المريض غير مناسبة للموقف كأن يضحك أثناء المواقف المحزنة وربما تنتابه أعراض ازدواجية الوجدان كأن يفرح ويحزن في نفس الوقت استجابة لنفس الشيء.. ومن الأعراض الأخرى اضطراب الكلام فنجد حديثه غير متعلق بالموضوع وغير مترابط وربما يتحدث بلغة غريبة خاصة بها لا يفهمها أحد.. وهذا المريض يكون عادة ضعيف الإرادة غير مستبصر بمرضه وسلوكه وأفعاله غير طبيعية وربما يكون عدواني في بعض الأحيان وتنتابه نوبات من الهياج ويصبح أقل اهتماماً بأمور الحياة عن ذي قبل وتتزايد شكوكه في الآخرين فيعتقد أنهم يتحدثون عنه ويسخرون منه.. ويصبح المريض في حالة انطواء وانسحاب نفسي وتقل اهتماماته بمظهره الشخصي ونظافته، وتسمى هذه الأعراض بالأعراض السلبية للفصام.

وأيضاً تضطرب الوظائف المعرفية فيضعف التركيز ويقل الفهم والقدرة على التعلم مما يؤدي إلى التدهور في المستوى التعليمي إذا كان طالباً وتزيد نسبة الرسوب والتأخر الدراسي.

أسباب الفصام: وعن أسباب الفصام يمكننا القول بأنه لا يوجد سبب محدد معروف حتى الآن ولكن هناك عدة عوامل تؤدي إلى ظهور المرض تنحصر في ثلاثة مجموعات:

١- **عوامل بيولوجية:** وهي تتعلق بالتكوين العضوي للمريض وربما تكون موروثة. وأيضاً بالخلل الكيميائي في المخ مثل مادة الدوبامين والسيروتونين.

٢- **عوامل سيكولوجية (نفسية):** وهي الخبرات التي تكتسب في الطفولة أو بعدها والتي تتعلق بالأسرة وربما بأشخاص غير أفراد الأسرة.

٣- **عوامل اجتماعية:** وهي تتعلق بالأحوال البيئية عموماً أو بالمجتمع الذي نشأ فيه المريض.

أنواع الفصام: يتميز كل نوع من الأنواع الآتية بالإضافة للأعراض المرضية السابق ذكرها ببعض الخصائص كما يلي:

١- فصام بسيط: (يطلق عليه حديثاً اضطراب الشخصية من النوع الفصامي) يبدأ في مرحلة مبكرة وفيه انطواء اجتماعي- تبلد عاطفي- ضعف الإرادة والخمول.

٢- فصام بارانويدي (زوراني): يبدأ في سن الرشد وبه توهمات الاضطهاد والعظمة وهلاوس سمعية.

٣- فصام كتاتوني (تخشبي): يبدأ في سن الرشد وبه اضطراب حركة وسلوك ومن أعراضه المميزة الذهول والهياج.

٤- فصام حاد: ويتميز بأعراض موجبة مثل هلاوس وتوهمات واضطراب في التفكير وهياج شديد.

٥- فصام مزمن: يتميز بأعراض سلبية مثل الانطواء والتبلد العاطفي- الخمول- فقد التفكير وفقد الإرادة.

٦- فصام متبقي: يترك مرض الفصام آثاراً بالشخصية والسلوك مثل الجرح الذي يترك ندبة بعد التئامه.

❖ مرض ثنائي القطب

الاضطراب ثنائي القطب يبدأ عادة في فترة المراهقة وأحياناً يبدأ في سنوات الطفولة المتأخرة أو في سن ٤٠-٥٠ عاماً أما إذا بدأ المرض لأول مرة بعد سن ٥٠ عاماً في صورة ذهان الهوس فإن المرض غالباً ما يكون صورة مشابهة للهوس (مثلاً بسبب مرض عصبي عضوي أو بسبب تأثير نوع من أنواع الأدوية المخدرة).

وجد إحصائياً أن مرضى الاضطراب ثنائي القطب يقضون حوالي ٨ سنوات في العلاج غير المتخصص لحالتهم ويقابلون ٣ إلى ٤ أطباء غير متخصصين في العلاج النفسي قبل أن يتم تشخيص المرض على أنه الاضطراب ثنائي القطب والتشخيص المبكر للمرض والعلاج المناسب يساعد على تجنب المريض الدخول في المشاكل الآتية:

الانتحار: لوحظ أن نسبة الانتحار تكون في أعلى معدلاتها في السنوات الأولى للمرض.

الإدمان وتعاطي المخدرات: أكثر من ٥٠٪ من مرضى الاضطراب ثنائي القطب يتعاطون المخدرات والكحوليات أثناء فترات المرض.

المشاكل الزوجية ومشاكل العمل: العلاج المناسب يحسن فرص استقرار الزواج واستمرار العمل المنتج للمريض.

أعراض الاضطراب ثنائي القطب

أ- الهوس الحاد: وتبدأ نوبة الهوس بإحساس المريض بالسعادة والطاقة العالية والقدرة على الإبداع وسهولة العلاقات الاجتماعية وبعدها يفقد المريض القدرة على الاستبصار بحالته وينكر أن هناك أي شيء خطأ في حياته ويثور ويغضب على أي فرد يشير إلى أنه يتصرف بصورة غير طبيعية. وتوجد الأعراض الآتية في نوبة الهوس وتستمر لمدة أسبوع على الأقل:

١- الإحساس بالانشراح أو ارتفاع المزاج أو توتر المزاج بصورة حادة وذلك بالإضافة لأربعة من الأعراض التالية:

٢- النوم لمدة قصيرة وزيادة الطاقة الحيوية.

٣- زيادة معدل الكلام وبصورة سريعة.

٤- تطاير الأفكار والانتقال من موضوع لموضوع.

٥- عدم التركيز.

٦- الإحساس بالعظمة والقوة والأهمية.

٧- التسرع في اتخاذ القرارات وعدم التفكير في عواقبها مثل إنفاقه كميات كبيرة من النقود ببذخ والشروع في مشروعات غير مدروسة أو الاستثمار في أشياء وهمية.

٨- وقد يظهر في بعض الحالات الشديدة بعض الأعراض الذهنية مثل الهلاوس (السمعية والبصرية) أو الضلالات.

ب- الهوس تحت الحاد: نوبة الهوس تحت الحاد هي نوبة بسيطة أو خفيفة من الهوس

وتكون الأعراض أقل والإعاقة أقل حدة. وفي نوبة الهوس تحت الحاد يعاني المصاب بارتفاع الناحية المزاجية ويحس أنه أفضل من العادة وأنه أكثر حيوية وإنتاجية، مما يجعل المرضى يتوقفون عن تناول العلاج بسبب التحسن الذي يشعرون به ولكن المقابل يكون فادح الثمن لأن المريض ينتكس مرة أخرى إما إلى نوبة هوس أو نوبة اكتئاب.

ج- نوبة اكتئاب: وتظهر الأعراض الآتية في نوبة الاكتئاب (وتستمر على الأقل لمدة أسبوعين وتعوق حياة المريض): الإحساس بالحزن وفقدان الإحساس بمباهج الحياة. بالإضافة إلى ٤ من الأعراض الآتية على الأقل:

١- اضطراب النوم، أو النوم لمدة طويلة.

٢- فقدان الشهية أو الأكل بنهم.

٣- صعوبة التركيز واتخاذ القرارات.

٤- الإحساس ببطء الحركة، أو الهياج وعدم القدرة على الجلوس بهدوء.

٥- الإحساس بفقدان القيمة والذنب وعدم الثقة بالنفس.

٦- فقدان الطاقة والإحساس بالإجهاد طوال الوقت.

٧- أفكار انتحارية والتفكير في الموت.

د- نوبات مختلطة: أكثر النوبات شدة هي النوبات المختلطة التي يظهر فيها خليط من أعراض نوبات الهوس والاكتئاب في نفس الوقت أو تتعاقب النوبات والأعراض خلال اليوم الواحد، ويبدو فيها المريض في حالة توتر وهياج كما في نوبات الهوس ولكن يشعر في نفس الوقت بالحزن والاكتئاب.

(العلاقة الحميمة بين أمراضنا العضوية .. والنفسية)

النفس والجسد وحدة واحدة لا تتجزأ تتحدد العلاقة بين المرضين النفسي والعضوي عن طريق ارتباط المخ والجهاز العصبي مع كل أعضاء وأجهزة الجسم المختلفة.. فقد يظهر

اضطرابات بها نتيجة استجابة للانفعال أو القلق أو الصراع النفسي الذي سرعان ما يزول تاركاً الأعراض الجسمية كمرض مستقل قائم بذاته وينتج عن ذلك مجموعة من الأمراض تسمى بالأمراض النفس جسمية.

١- **الجلد:** الجلد كثيراً ما يعكس التوتر والقلق النفسي فيظهر طفح جلدي وبقع مختلفة وأمراض كثيرة مثل الأكزيما والأرتكاريا.. وكذلك قد يعكس الجلد بعض الانفعالات الداخلية مثل احمرار الوجه عند الخجل وشحوبه عند الخوف.. أما الشعر فهو أحد الزوائد الجلدية الهامة التي تتأثر بالحالة النفسية.. وهناك عديد من الأمراض النفسية التي تصيب الشعر والجلد مثل مرض الثعلبة أو سقوط الشعر وحالات جذب الشعر أي أن المريض يشد شعره بعنف شديد وبتكرار خاصة منطقة الجبهة وأيضاً حالات شد الأظافر دون إحساس بالألم، وتكون هذه العادات قهرية تحدث رغم إرادة المريض حيث يحاول الشخص مقاومتها ولكنه لا يستطيع... وهذه الحالات ما هي إلا تعبير عن القلق النفسي الشديد ويمكن علاجها ببعض الأدوية المضادة للاكتئاب وجلسات العلاج النفسي التي تساعد في حل الصراعات الداخلية والتنفيس عنها والتعبير عن المشاعر الداخلية.

٢- **الصداع النفسي (التوتري):** يعتبر الصداع النفسي من أكثر الأعراض التي تصيب الفرد نتيجة للقلق والضغوط النفسية أو الاكتئاب التي يتعرض لها وهو عبارة عن إحساس بالألم في منطقة الوجه والرأس في شكل حزام حول الرأس أو في مناطق مختلفة منها وبدرجات متفاوتة ولا يوجد سبب عضوي مباشر لهذا الصداع ويحدث نتيجة لتقلصات عضلات فروة الرأس والوجه.. ويزول بزوال المؤثر والسبب.. وعادة يحدث أثناء النهار وتخف حدته في المساء وهو منتشر أكثر بين النساء.. وهو لا يستجيب إلى المسكنات بقدر استجابته للمهدئات ومضادات الاكتئاب وجلسات العلاج النفسي مع ممارسة تمارين الاسترخاء.. والأرق من أهم مضاعفات هذا الصداع ويمكن التغلب عليه بتناول كوب من الحليب الساخن

مع عسل النحل فهذا يحتوي على كمية من الكالسيوم وفيتامين (ب) مما يساعد على تهدئة الأعصاب وجلب النوم العميق.

٣- القولون العصبي: كثيراً ما يشكو الإنسان من التهابات القولون واضطرابات الجهاز الهضمي والمغص المتكرر والقيء والغثيان وعسر الهضم والإسهال أو الإمساك وانتفاخ البطن.. ومن المعروف أن الجهاز الهضمي من أشد أجهزة الجسم حساسية للتعبير عن الانفعالات النفسية والعصبية.. وقد تكون الحالة النفسية هي المؤثر الوحيد لهذه الأعراض في بدايتها دون ظهور الأعراض النفسية ذاتها.. فقد تحدث حالات من الاكتئاب وتظهر فقط في صورة نوبات متكررة من عسر الهضم.. كذلك يصاحب القلق النفسي أعراض نقص الوزن وفقدان الشهية والإسهال المستمر وقد ثبت أن هذه الأعراض تظهر بشدة في مرض القولون العصبي نتيجة لإفراز مادة الأدرينالين والنورادينالين بالدم بسبب التوتر والانفعالات النفسية.. وثبت أيضاً أنه كلما ارتفعت درجة القلق عند هؤلاء المرضى ارتفعت نسبة هذه المواد بالدم.. وذلك يدل على أن القولون العصبي مرض يتأثر تأثراً كبيراً تبعاً لتغيرات الحالة النفسية.

٤- ضغط الدم العصبي: ثبت أن حالات القلق النفسي هي المؤثر لحدوث ارتفاع ضغط الدم عند بعض المرضى نتيجة لاضطراب الجهاز العصبي السمبثاوي والباراسيمبثاوي.. وبالبحث تبين عدم وجود أي اختلال في كمية الكورتيزون والدهون بالدم أو خلل في وظائف الغدد.. وقد تبين أن التوتر النفسي والقلق لا يعني زيادة في ضغط الدم فقط وإنما قد يحدث انخفاض في الضغط نتيجة لحالات الاكتئاب النفسي.. وبعد زوال الاضطراب النفسي يعود ضغط الدم إلى المعدل الطبيعي.

٥- الربو (حساسية الصدر وضيق التنفس): يرجع اضطراب الجهاز التنفسي إلى فكرة عريقة وبسيطة عن علاقة التنفس بالموت والحياة، وهكذا نجد أن أمراض الجهاز

التنفسي تعبر عن القلق، ولكن تشخيص المرض ذي المنشأ النفسي يحتاج إلى دقة في الفحص والتاريخ المرضي وشخصية المصاب... هناك أسباب وعوامل متعددة لها دور في التسبب في هذه الحالة ومنها الوراثة والالتهابات الرئوية، الحساسية، والعوامل النفسية مثل التوتر والانفعال النفسي الحاد وتمتاز هذه النوبات بظهورها المفاجئ نتيجة لتجربة مؤلمة أو موقف غير سار. حيث يلعب التكوين الشخصي والحساسية دوراً مساعداً أيضاً.

وقد ثبت أن شخصية بعض مرضى الربو من النوع الحساس ودافئ المشاعر والعاطفة، وثبت أيضاً أن نوبات الحساسية وضيق التنفس تزداد حدة في مواقف الانفعال والضغط والكرب عند هؤلاء المرضى.

وخلاصة القول .. أن الصراعات النفسية الداخلية تستمر على شكل عادات يتلبس بها السلوك العضوي فالتوترات والكروب التي يصادفها الإنسان في حياته تتراكم بطريقة معينة عبر الأيام وتؤثر هذه التوترات أي التكيفات غير الناضجة فيما بين أعضاء الجسم في أفكار الشخص ويقوم الجسم بتوجيه العقل إلى ما يفكر فيه وهذا ما يسمى (ما تحت الشعور).. وهؤلاء الناس هم أحوج ما يكونون إلى المعالجة النفسية وذلك لوقف التغيرات الكيميائية التي تسهم في حدوث اضطرابات عضوية وجسدية بسبب الحالة النفسية.

بعض الاضطرابات الخاصة بالأطفال

١ - التهتهة (اللجلجة) : تعتبر التهتهة من أكثر عيوب النطق شيوعاً بين الأطفال حيث تتراوح نسبتها بين ١-٣٪ وأسبابها كثيرة ومعقدة.. ولكن النظرية القائلة بأن أساسها ومنشأها يرجعان إلى عوامل نفسية هي أكثر النظريات قبولاً علمياً. ولعل أهم هذه العوامل القلق النفسي وانعدام الشعور بالأمان عند الطفل أو عندما يكون في صحبة أشخاص غرباء عليه.. أو الإحساس بسوء التوافق المدرسي أو إجبار الطفل الأعسر على استعمال يده اليمنى إلى آخر الأسباب التربوية غير الصحيحة.. و علاج التهتهة ممكن وميسور بعد التأكد من خلو المريض من الأسباب العضوية.

وعلاج التهتهة يتم عن طريق جلسات نفسية عند الطبيب النفسي وجلسات علاج تخاطب يقوم به أخصائي التخاطب.. هذا فضلاً عن دور المعلمين والآباء الذي يتلخص في:

أ- يجب عليهم خلق علاقة مع الطفل يسودها المودة والثقة.

ب- محاولة تفهم الصعوبات والمشكلات النفسية التي يعاني منها الطفل.

ج- عدم التعجل في سلامة مخارج الحروف والمقاطع في نطق الطفل.. وعدم توجيه اللوم أو السخرية إليه.. ويجب أيضاً الاهتمام بحديث الطفل والإصغاء إليه بكل إخلاص وود وعطف.

٢- الصداع عند الأطفال: الصداع من الأعراض الشائعة في كثير من أمراض الطفولة سواء كانت نفسية أو عضوية.. وفيما يلي أكثر أسباب الصداع انتشاراً عند الأطفال:

أ- الصداع النفسي: يحدث هذا الصداع نتيجة لتقلصات عضلات فروة الرأس بسبب القلق النفسي والتوتر والاكتئاب النفسي الناتجة عن المشاكل الأسرية.

ب- الأمراض المعدية: عادة ما يشكو الطفل من ثقل بالرأس مع ارتفاع في الحرارة ورفض الطعام وعدم قابلية للعب.

ج- الصداع النصفي (الشقيقة): يعاني الطفل من نوبات متكررة من الألم في أحد نصفي الرأس والوجه أو على جانبي الرأس مع القيء أحياناً أو اضطراب الرؤية وقد يكون الصداع النصفي مصاحب لأوجاع البطن والإسهال والغثيان.

د- الصرع: في كثير من حالات الصرع تبدأ بصداع ويكون بمثابة إنذار لحدوث النوبة الصرعية عند الأطفال المصابين بالصرع.

هـ- أورام المخ: في هذه الحالة يكون الصداع مصحوباً بخلل في الجهاز العصبي وزغللة بالعينين وقيء.

مجالات العمل التي تتطلب خدمات الأخصائي النفسي

لم تقتصر مجالات عمل الأخصائي النفسي على المستشفيات النفسية و العقلية بل

تنوعت وامتدت لتشمل مدى واسع لا حصر له من الميادين ومنها العيادات النفسية والمدارس، والجامعات، ودور رعاية الأحداث، ومراكز تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، ومراكز علاج الإدمان، والأقسام والسجون، وفيما يلي شرح لدور الأخصائي النفسي في كل مجال من المجالات:

❖ مستشفيات الصحة النفسية والعقلية

لن يكون من السهل أبدا أن نستطيع تحديد دور الأخصائي النفسي وخاصة الإكلينيكي بدقة، ولكن يقال بشكل عام أن دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو انه يحاول فهم الناس لمساعدتهم وفيما يلي تحديد لدوره في هذا المجال:

١- المساهمة في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية المختلفة، وهنا يستخدم الأخصائي عددا من الاختبارات المقننة الملائمة إلى جانب الملاحظة والمقابلة ودراسة الحالة، بحيث يشمل تقريره معرفة الكثير عن الحالة.

٢- الاستشارة وتنقسم إلى نوعين:

أ- الاستشارة التي تتم بهدف إنشاء البرامج الإكلينيكية العامة وتقييمها.

ب- الاستشارة التي تكون بهدف إعطاء النصح والإرشاد.

٣- العلاج، حيث يستخدم الأخصائي الإكلينيكي مناهج متنوعة من العلاج تنتمي لنظريات مختلفة أهمها النظرية التحليلية والسلوكية.

❖ مراكز تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة

هناك العديد من مراكز ذوي الاحتياجات وتختلف الخدمة النفسية التي تقدم من قبل الأخصائي النفسي بحسب نوع الإعاقة وفيما يلي توضيح لذلك:

١- مراكز تأهيل ذوي الإعاقة العقلية : وهذه المراكز تستقبل الأشخاص الذين يعانون من ضعف عقلي ويكونوا قابلين للتعلم وذلك لتأهيلهم وتعليمهم مهنية، حيت أن غير القابلين للتعلم يتم إيداعهم في مؤسسات خاصة بهم.

٢- مراكز تأهيل ذوي الإعاقة السمعية (معاهد الأمل): وهذه المراكز تستقبل الأفراد الذين يعانون من فقد سمع وليس لديهم إعاقات أخري، وستخدمون معينات سمعية، وفي هذه الدور يقوم الأخصائي النفسي بتأهيلهم نفسيا حيث أن الإعاقة السمعية تعتبر من اشد الإعاقات لان المعاق سمعيا يكون مدرك لكل ما يدور حوله وعادة تكون درجة ذكائه مرتفعة، ولكنه لا يستطيع التعبير عن نفسه ولا يفهمه من حوله، لذلك يكون عرضة لمشكلات نفسية عديدة.

٣- مراكز تأهيل ذوي الإعاقة البصرية (معاهد النور): وهذه المراكز تستقبل الأفراد فاقدي البصر الكلي والجزئي، ويتعلمون بطريقة برايل.

٤- مراكز تأهيل ذوي الإعاقة الحركية: وهذه المراكز تستقبل الأفراد الذين يعانون من شلل نصفي وجزئي ورباعي ويستخدمون معينات حركية، ويخضعون لجلسات العلاج الطبيعي.

دور الأخصائي النفسي:

١- تقييم القدرات العقلية والاضطرابات النفسية.

٢- الإرشاد والتوعية: من خلال الندوات والدورات التي تقدم للأفراد المصابين وأسرهم لتوضيح نوع الإعاقة وكيفية تقبلها والتعامل معها.

٣- العلاج: يضع الأخصائي خطة العلاج الخاصة بكل فرد حسب مشكلته وإعاقته، وتحديد نوع العلاج المناسب ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي واستخدام السيكودراما من أهم أنواع العلاج التي تستخدم مع الفئات الخاصة.

❖ **دور رعاية الأحداث:**

جنوح الأحداث: المقصود بالانحراف أو جنوح الأحداث موقف اجتماعي يخضع فيه صغير السن لعامل أو أكثر من العوامل التي تدفع به إلى السلوك غير المتوافق أو المخالف

للقانون أو يحتمل أن تؤدي به إلى ذلك، ومن الممكن تعريف جنوح الأحداث بطريقتين إحداهما قانونية والأخرى من حيث الإجراءات التنفيذية التي تتبع معه كفرد.

ويقسم علماء الاجتماع جنوح الأحداث إلى نوعين:

- الجرائم التي يرتكبها الأحداث وتعد من قبيل السلوك الإجرامي الذي يأتيه البالغون وما تنص عليه القوانين الجنائية.

- حالات التشرد الناتجة عن وجود الحدث في بيئة اجتماعية غير سوية بحيث يرتكب الحدث سلوكًا لا يتوافق مع المعايير الاجتماعية السائدة وإن كان في الوقت ذاته، لا يصل إلى درجة السلوك الإجرامي، وتختلف المجتمعات عند النظر إلى جنوح الأحداث وتجريم السلوك، ولهذا يؤكد علماء الاجتماع الجنائي على تفسير تكاملي للظاهرة ويضعونه في اعتبارهم عند تحديد معنى الجناح (ماهيته ونطاقه ومظاهره).

وهناك أساليب للرعاية اللاحقة مثل:

أ- المراقبة الاجتماعية: حيث يظل الحدث في بيئته الطبيعية في حرية وتحت رعاية وملاحظة ماهرة من جانب المراقب الاجتماعي والأخصائي النفسي الذي يتمثل دوره في تولي العلاج الاجتماعي بالسيطرة على عوامل البيئة المؤثرة سلبيًا في سلوك الحدث، كما يتمثل في تدريب الحدث على التكيف مع بيئته ومعرفة ما له وما عليه إلى جانب معاونته لأسرة الحدث وإقناعها بقبول الابن كما يقوم المراقب الاجتماعي والأخصائي النفسي بمتابعة النضج الاجتماعي للحدث وتكيفه اجتماعيًا مع الطبيعة خارج مؤسسة الإيداع.

ب- الزيارة التتبعية: وتتم على فترات زمنية لأسرة الحدث لمعرفة التغيرات والظروف الطارئة أمام الحدث من أجل اتخاذ قرار بشأن استمرار نفس الطريقة العلاجية المتبعة أو تعديلها أو تقديم بعض الخدمات لأسرة الحدث.

ج- التأمين الاقتصادي للحدث: وذلك بتقديم الإعانة الاقتصادية لأسرته وتحقيق نموه المهني وإعداده فنيًا أو حرفيًا لكي يزيد دخله.

د- **تقديم الضمانات النفسية للحدث:** وذلك بمساعدته على التعبير عن مشاعره وانفعالاته ومخاوفه والتخلص من أنواع الصراع النفسي المختلفة المحتبسة داخله.

هـ- **الضمانات التعليمية للحدث:** وذلك من خلال متابعته توفير مختلف الوسائل والإمكانات التي تتيح للحدث إتمام تعليمه، إذا توافرت لديه الرغبة في ذلك.

وهناك مواقف متباينة تجاه فكرة الرعاية اللاحقة يتبناها مفكرون ينتمون إلى مذاهب فكرية متباينة، فهناك من يقبلون الفكرة ويرون ضرورة متابعة الجانح حين عودته إلى البيئة الطبيعية وهؤلاء يستندون إلى بعض الأفكار مثل:

١- الانحراف فعل متكرر ومتجدد بقدر ما بقيت خصائص معينة في الحدث وأخرى بيئية تفرز ظاهرة السلوك غير السوي.

٢- إن المنحرفين ذوي الشخصيات غير السوية أكثر تقليلاً لمعاودة الانحراف حتي لو رفعت الرقابة عنهم كليةً.

٣- هناك عوامل جذب مشجعة مثل الثقافة الفرعية للجناح.

٤- ضرورة معاونة الجانح بعد تخرجه لكي لا يحبط نتيجة لنظرة المجتمع السلبية نحوه.

٥- رفض سوق العمل تعيين خريجي المؤسسات والعمل على تحقيق استقرارهم اقتصاديًا في بيئتهم الأولى.

٦- للمجتمع الحق في متابعة سلوك بعض أفراده الذين هددوا أمنه.

وهناك بعض التدابير التي يلزم أخذها في الاعتبار من أجل الإعداد الملائم للأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين وخاصة أولئك الذين ينخرطون في أعمال الرعاية اللاحقة وأهم هذه التدابير ما يلي:

أ- تحقيق الانتماء للمهنة والولاء لها.

ب- إعداد الكوادر الملائمة والكافية من أعضاء هيئة التدريس القائمين بالإعداد المهني للأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين.

ج- تطوير مقررات الدراسة دون التقيد الأعمى بالتراث الأجنبي حول المسائل والقضايا الإنسانية والاجتماعية.

د- تطوير أساليب الإعداد الميداني للباحث الاجتماعي.

هـ- تنمية المهارات الأساسية للقائمين بالرعاية الاجتماعية والنفسية.

وهناك بعض المهارات التي يلزم توافرها في أخصائي الرعاية اللاحقة مثل:

أ- الكفاءة العلمية وإتقان طرق العمل مع الأحداث.

ب- القدرة على تأسيس علاقة مهنية قوية.

ج- القدرة على تفسير مشاعر الحدث وفهم سلوكه الدفاعي.

د- التعاون مع كافة المؤسسات الاجتماعية لإنجاح برنامج العلاج.

هـ- الارتقاء إلى مستوى القدرة الحسنة دينيًا وخلقيًا.

❖ مراكز علاج الإدمان

لقد زادت المواد المخدرة وتنوعت فمنها الخام والمخلق وكثرت المواد ذات التأثير القوي والسريع، وانتشرت المخدرات بين جميع فئات الشعوب، ولكي نستعرض دور الأخصائي في هذا المجال لابد أن نتطرق إلى بعض المعلومات الهامة عن الإدمان وأهمها:

أسباب ودوافع الإدمان:

أثبتت الدراسات أن فترة المراهقة هي الأكثر عرضة للإدمان بسبب:

١- عدم الوعي بخطورة سوء استعمال العقاقير.

٢- مصاحبة رفاق السوء من المدمنين الذين يزينون حب المخدرات.

٣- تقليد الأصدقاء في سلوكهم الإدماني والولع بالتجربة وحب الاستطلاع.

٤- حب التمرد على قيم المجتمع وعاداته وتقاليده.

٥- الهروب من الواقع وعدم القدرة على مواجهة المشاكل.

٦- البعد عن القيم والمثل الدينية.

٧- التدليل الزائد أو القسوة في معاملة الأبناء.

٨- التفكك الأسري الذي يبدد الشعور بالأمن ويؤدي بالأبناء للضياع.

٩- عدم رقابة الأبناء (أين يذهبون ومن يصادقون وماذا يقرؤون).

ومن أخطر الأعراض التي تنجم عن الإدمان اضطرابات الحواس مثل حاستي السمع والبصر وسوء إدراك للمكان والزمان وحدوث تغيرات سلوكية وعقلية ونفسية، وقد تؤدي هذه الاضطرابات إلى إيذاء المدمن لنفسه والأفراد المحيطين به، وعلاج هذه الظاهرة يتطلب فريق علاجي كامل من الطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي، وهنا يكون الأخصائي النفسي ضمن فريق يقوم بعلاج الشخص المدمن، ويبدأ دوره بعد مرحلة العلاج الدوائية، فهو يقوم بتطبيق الاختبارات النفسية والعقلية وإخضاع المريض لبرنامج علاجي نفسي يستمر فترة زمنية، ويعتبر البرنامج العلاجي النفسي من أهم مراحل علاج الإدمان ويستمر دور الأخصائي النفسي في الإرشاد والتوجيه للمدمن وأسرته.

❖ المدارس والمؤسسات التعليمية والتربوية

من المتعارف عليه أن الخدمة النفسية التي يقوم بها الأخصائي النفسي بالمدرسة ليست مطلقة ولكنها محددة تحديدًا دقيقًا بما يتناسب مع الإعداد الأكاديمي والمهني للأخصائي النفسي، وكذلك محددة بطبيعة الدور الذي يمارسه في المدرسة من تشخيص أو إرشاد أو علاج، وتبعًا لما يقرره باكير Baker (١٩٩٢)، والميثاق الأخلاقي للمشتغلين بعلم النفس في مصر (١٩٩٥) فيما يتعلق بعملية الإحالة أنه ينبغي على الأخصائي النفسي أن ينصح التلميذ بطلب العلاج من جهة أخرى إذا كان غير قادر على استمرار عملية الإرشاد أو العلاج لحدة وتفاقم المشكلة أو كون المشكلة خارج دائرة الاختصاص.

وللتعرف على حدود الأخصائي النفسي في التعامل مع الاضطرابات النفسية أو المشكلات السلوكية بالمدرسة نعرض فيما يلي بعض الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية الأكثر ملائمة لعمل الأخصائي النفسي بالمدرسة:

١- التأخر الدراسي.
٢- كثرة الغياب عن المدرسة.
٣- الخجل.
٤- العنف والسلوك العدواني (اللفظي- السلوكي).
٥- نوبات الغضب.
٦- نقص الانتباه والنشاط الزائد.
٧- تخريب الممتلكات المدرسية.
٨- إهمال المظهر العام وعدم النظافة.
٩- ضعف العلاقات الاجتماعية.
١٠- إهمال الواجبات المدرسية.
١١- قلق الامتحانات.
١٢- نقص توكيد الذات.
١٣- التدخين وإدمان المخدرات.
١٤- سلوكيات حجرة الدراسة.
١٥- الضغوط النفسية الأسرية.
١٦- الإحساس بالوحدة النفسية.
١٧- عدم القدرة على اتخاذ القرار.
١٨- صعوبات التعلم.
١٩- العزلة والانطواء.
٢٠- ضعف الثقة بالنفس.

❖ السجون وأقسام الشرطة

يكون للأخصائي النفسي دورا هاما في مؤسسات العقاب حيث .أوضحت الدراسات السابقة التي أجريت على هؤلاء الأفراد أن التعامل هنا يكون مع فئات مختلفة ممن ارتكبوا جرائم مختلفة وتم عقابهم بالسجن، وتختلف سمات هؤلاء الأفراد من فرد لآخر وحسب نوع الجريمة التي ارتكبها وفترة العقوبة التي يقضيها ومن هنا نوضح مهام الأخصائي النفسي:

١- تحديد المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية للسجناء.

٢- تحديد نسبة ذكاء الأفراد الخاضعين لأحكام قضائية.

٣- اكتشاف الحالات السيكوباتية والعدوانية لتحديد طريقة التعامل معهم في السجون.

٤- تقديم المقترحات الخاصة للتعامل مع كل فرد.

٥- وضع البرامج الخاصة لتعديل سلوكيات الأفراد المنحرفين داخل السجون.

٦- وضع خطة علاجية للمرضى النفسيين وتحويلهم للمستشفيات حسب احتياج الحالة.

٧- يتعاون الأخصائي النفسي مع الأخصائي الاجتماعي لتأهيل المسجون أثناء السجن وبعد خروجه.

٨- تقييم قدرات الأفراد السجناء لتوجيههم إلى المهن المناسبة لهم.

الفصل الثالث

التشخيص والتنبؤ في مجال العمل النفسي

- مفهوم التشخيص
- الجوانب التي يعتمد عليها التشخيص وأهدافه
- الصياغة التشخيصية
- أساليب التشخيص
- أهمية التنبؤ في مجال علم النفس

التشخيص والتنبؤ في مجال العمل النفسي

تنوعت وتعددت أدوار الأخصائي النفسي في شتى المجالات، إلا أن الدور الرئيس له في كل المجالات هو التشخيص، ويعد التشخيص من أهم مراحل التقييم لأنه تبنى عليه الخطة العلاجية والإرشادية، ولهذا فهو يتطلب الدقة والحذر، لأننا نحدد من خلاله أسباب معاناة الفرد وصعوبة توافقه الاجتماعي وكيفية نشأة اضطرابات الشخصية والنفس، وإن نجاح التشخيص يؤدي إلى نجاح خطوات العلاج.

مفهوم التشخيص:

وهو تحديد المشكلة والتعرف على الاضطراب وتعيينه وتسميته وتهدف هذه المرحلة للتعرف على الإجراءات وأسلوب الخدمة النفسية وطريقة الإرشاد التي تناسب حالة المفحوص ومشكلته من خلال المعلومات الدقيقة التي تم جمعها عنه، ويعتبر التشخيص الدقيق هو الرأي المهني للأخصائي النفسي، والمبني على ما لديه من بيانات ومعلومات تجاه المفحوص ومشكلته، ويعتمد التشخيص على مهارة الأخصائي النفسي وخبرته في التعرف على مدى التفاعل بين العوامل الذاتية والعوامل البيئية والاجتماعية والعقلية المتكاملة للمفحوص، وكذلك تفهم الأخصائي النفسي لمبدأ السببية وقدرته على تفسير المعلومات التي حصل عليها من خلال جمع المعلومات.

ويقصد بالتشخيص في المجال النفسي إنه: مجموعه العمليات والإجراءات التي يقوم بها النفساني العيادي في جلسة منظمة تجمع بينه وبين إحدى الحالات المرضية أو غير المرضية بهدف جمع معلومات دقيقة عن الحالة وتقييمها، لتوظيفها في تحديد قائمة المشكلات النفسية، أو وضع تشخيص محدد لوضع خطة علاجية والتنبؤ بمصيرها العلاجي مستقبلا ويشمل المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة والاختبارات النفسية التشخيصية.

وإن أهم ما يجب الانتباه إليه في هذا الصدد كمبدأ إكلينيكي، الاعتماد على أكثر من أداة في التشخيص ولا يعتمد على أداة واحدة، لأن ذلك يرفع معدل الثقة والدقة في التشخيص، ومن ثم وضع الخطة العلاجية.

الجوانب التي يعتمد عليها التشخيص وأهدافه

١- جمع البيانات عن المفحوص ومشكلته في صورة تكشف عن دلالات سلوكية.

٢- تفسير هذه البيانات بما يكشف عن النمط أو النسق العام لشخصية المفحوص.

٣- رصد دوافع المفحوص ومدى ارتباطها بالأعراض وأسباب الشكوى.

٤- توضيح أنواع الصراعات التي يعيشها المفحوص وكشف مصادر هذه الصراعات.

٥- ترتيب الحاجات النفسية للمفحوص وتوضيح مدى توافقها مع بيئته.

وقد حدد لويس مليكه أهداف التشخيص في عدة نقاط وهي:

١- تحديد العوامل والأسباب المؤدية للمرض.

٢- التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي.

٣- الكشف عن الاستجابة للاضطراب.

٤- تقييم درجة العجز العضوي والوظيفي.

٥- تقدير درجة الاضطراب من حيث مداها وعمقها.

٦- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.

٧- تحديد الأسس التي يبنى عليها اختبار منهج علاجي معين.

٨- تحديد الأسس التي تدور حولها مناقشة الحالة مع المريض أو مع أقاربه.

٩- تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها إحصائيا.

١٠- تكوين فرضي دينامي يتصل بطبيعة العملية الباثولوجية ومكوناتها.

الصياغة التشخيصية Diagnostic Formulation

وأوضح حمودة أن التشخيص يتضمن خمسة محاور تشخيصية وهي:

١- الحالة الإكلينيكية المرضية (اللزمة المرضية).

٢- اضطراب الشخصية المصاحب أو التخلف العقلي حيث أن الحالة المرضية الحاضرة هي نتاج اللزمة المرضية في شخص ذو مواصفات معينة قبل المرض (أي أن الحالة الحاضرة = المرض × قبل المرض).

٣- الاضطرابات والأمراض الجسمانية المصاحبة فالحالة الجسمانية قد تحدث المرض النفسي بشكل مباشر مثل نقص هرمون الغدة الدرقية الذي يسبب الاكتئاب والهذيان بسبب فشل الكبد.

٤- المشكلات الاجتماعية والنفسية والبيئية وعلاقتها بحدوث الحالة المرضية مثل أحداث الحياة السلبية ونقص المساندة الاجتماعية،وأحيانا تكون الضغوط موجبة مثل الترقية في العمل وما تفرضه عليه من ضغوط.

٥- مستوى التكيف العام وأداء الشخص وظيفيا أو اجتماعيا يمكن أن يقاس بمدرج التقييم الشامل للأداء الوظيفي الذي يفيد في وضع خطة العلاج وقياس تأثيرها.

أساليب التشخيص

يتحدد التشخيص في نوعين وهما:

١- التشخيص الإكلينيكي clinical Diagnosis: ويتم فيه وصف الأعراض وتصنيفها في نوع الاضطرابات التي تنشأ منه سواء كان عصاب أو ذهان أو اضطراب شخصية ثم تندرج للتفصيل بتحديد نوع الاضطراب مثل (اكتئاب أو قلق........ الخ)

٢- التشخيص الدينامي Dynamic Diagnosis: ويتم فيه تفسير وفهم العلاقات الدينامية بين الأمراض والشخصية، ويكون الاهتمام هنا عن نشأة المرض والتعرف على دوافع المريض ودلالة الأعراض بالنسبة له، والصراعات والضغوط التي تعرض لها.

التشخيص يتم بعدة أدوات تتكامل مع بعضها حتى يتم التشخيص الدقيق وهي:

المقابلة – الملاحظة – تطبيق الاختبارات المناسبة للحالة وعدم الاعتماد على أداة واحدة فقط، فالتشخيص الدقيق هو نتاج العديد من الأدوات، وسوف نتناول شرح هذه الأدوات في الفصل التالي، إلا أننا نوضح طريقة فحص المريض في هذا الجزء وهي من أهم أساليب التشخيص:

فحص المريض: وهي عبارة عن العلامات المرضية التي يمكن للفاحص جمعها من خلال ملاحظته أو وقت المقابلة أو مع المرافقين الملاحظين لسلوكه ويشمل:

١- **المظهر العام:** بنيانه الجسمي – تعبير الوجه – ملابسه.

٢- **تعاون المريض:** مع الفاحص من عدمه.

٣- **فحص الوظائف النفسية:** بهدف استخراج الأعراض التي تنشأ من الاضطراب كما سبق شرحه وتتمثل في: الحركة - الكلام - الوعي - الانتباه - الإدراك – الذاكرة - الوجدان – التفكير – الذكاء – الاستبصار – الحكم على الأمور – تكامل الشخصية.

٤- **الفحص الجسماني الطبي:** يتم من خلال: تحاليل طبية – فحوصات باستخدام الأشعة – تخطيط الدماغ الكهربائي - التصوير الدماغي باستخدام الكمبيوتر.

٥- **الاختبارات النفسية:** والتي سيرد شرحها بشكل وافي في الفصول التالية.

ومن هذا الفحص يستطيع الفاحص تحديد الأسباب التي وراء المرض، حتى يستطيع وضع الخطة العلاجية المناسبة.

أما التشخيص في الإعاقات فيتم أولاً تشخيص الحالة طبياً من خلال عرضها على الأطباء المتخصصين، مثلا الإعاقة السمعية: يتم خضوع المفحوص لعمل مقياس السمع وتحديد درجة فقده للسمع.

والإعاقة البصرية: يتم فحص طبيب عيون ويحد نوع الإعاقة البصرية (جزئية – كلية) كذلك والشلل الدماغي يتم من خلال عرضه علي طبيب مخ وأعصاب، ثم يلي ذلك خطوات الفحص السابقة.

أهمية التنبؤ في مجال علم النفس

يهدف التنبؤ إلى تقدير احتمالات تطور المرض أو المشكلة ومدى الاستجابة لعلاج معين، و من خلال التشخيص الدقيق المتكامل، يستطيع الفاحص أن يتوقع تطور الحالة، وترجع هذه التوقعات من حيث تحققها أو عدم تحققها إلى خبرات الفاحص الإكلينيكية في المجال سواء مجال الإعاقات أو الاضطرابات النفسية وهناك عدة عوامل تساعد على عملية التنبؤ وهي:

١- **الحالة الجسمية:** فإن إجراء فحص طبي يكون ضروريا لتحديد أي اضطراب عضوي ونوعه ومدى تأثيره على المريض لأن ذلك يساعد على التنبؤ بوقت شفاء الحالة النفسية الناتجة من هذا التأثير، مثل ارتفاع هرمون الغدة الدرقية، أو اكتئاب ما بعد الحمل.

٢- **البيئة التي يعيش فيها المريض:** إحداث تغيرات في بيئة المريض من العوامل الهامة التي تساعد في العلاج، والتغيير قد يحدث وقد لا يحدث فمثلا طفل اوتيزم في بيئة غير متعاونة ولا تتبع تعليمات العلاج هنا يكون التنبؤ واضح بان هذا الطفل لا يتقدم.

٣- **عمر المريض:** وجد في العلاج عن طريق التحليل النفسي الكلاسيكي، أن المرضى في الخمسين لا يستجيبون استجابة سريعة للعلاج، وذلك لأن الطريقة تتطلب الرجوع إلى الماضي البعيد، ووجد أن الأطفال الشباب يسهل عليهم إحداث التغيير وتعلم الجديد، ومن هنا يمكن للفاحص التنبؤ بتحسن الحالة أو تأخر تحسنها من العمر، ومن هنا تظهر أهمية التشخيص المبكر للتدخل المبكر.

٤- الذكاء والتعليم: من العوامل التي تساعد على التنبؤ لأن تحديد درجة الذكاء يحدد ما يمكن للمريض أن يستوعبه من تدريب وعلاج، ولا يعني ذلك أنه كلما ارتفع الذكاء والمستوى التعليمي زاد التنبؤ.

٥- القابلية للتكيف والموائمة: وذلك بدراسة تاريخ الحالة للمريض ومعرفة كيفية استجابته لبعض المواقف التي مرت في حياته مثل الفطام والخبرات المدرسية الأولى والبلوغ والزواج... الخ.

٦- العوامل التي أدت إلى ظهور الاضطراب: من أهم عوامل التنبؤ معرفة الأسباب والعوامل التي أدت إلى ظهور الاضطراب، مثال ذلك اكتئاب الحمل الأول من أسبابه أنه تغير هرموني ويزول بعد ضبط هورمونات الجسم بعد فترة من الولادة.

٧- قوة الدافعية إلى طلب العلاج: كلما كانت دافعية المريض للعلاج مرتفعة كلما كان التنبؤ بالشفاء أكبر.

٨- تأثير الأعراض: وهو تأثير يمتد إلى كل من الدافع عند المريض إلى العلاج وإلى فرص النجاح أمام المعالج، فمثلا إذا تلقى المريض بالشلل الهستيري تعويضا ماليا عن مرضه، فقد يقل عنده الدافع إلى العلاج.

ومما سبق يتضح لنا أنه كلما كان التشخيص دقيق ومتكامل وواضح وتم وضع نوع العلاج المناسب للحالة وبجمع المعلومات الدقيقة، والعمل مع الفريق العلاجي يستطيع الفاحص التنبؤ بمسار العلاج وتحديد نقاط نجاحه أو فشله.

الفصل الرابع

وسائل جمع المعلومات والبيانات

- المقابلة وأهميتها في التدريب الميداني
- الملاحظة
- دراسة الحالة

وسائل جمع المعلومات والبيانات

تعتبر وسائل جمع المعلومات والبيانات الخاصة بالعميل من أهم المهارات التي يجب على الأخصائي النفسي التدرب عليها، وليس المهارة في أن يعرف الأخصائي النفسي تلك الوسائل ولكن المهارة في إتقانه لتطبيقها وكيفية استخدامها من حيث (الزمن - نوع الاضطراب - العمر.... الخ ومثالا على ذلك أن نموذج دراسة الحالة الذي يستخدم في المستشفيات والعيادة النفسية لا يصلح تطبيقه في مراكز تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، ولذلك سوف نستعرض في هذا الفصل أساليب جمع المعلومات والبيانات بشيء من التوضيح.

المقابلة وأهميتها في التدريب الميداني

تندرج المقابلة – أيا كان نوعها – والاستخبارات ضمن أساليب التقرير الذاتي، وهي من أكثر وسائل جمع البيانات استخداما في عمليات التقييم والتشخيص والعلاج والبحث العلمي الإكلينيكي، كما أنها من أهم الفنون والمهارات التي يجب أن يتقنها الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

تعريف المقابلة بشكل عام

يقصد بالمقابلة ذلك "الحوار أو المحادثة التي تدور بين أثنين أحدهما هو الأخصائي الإكلينيكي والآخر هو المريض أو الشخص أو مجموعة الأفراد الذين يجمع منهم معلومات وبيانات، بهدف تقييم حالتهم المرضية أو تشخيصهم أو علاجهم علاجا نفسيا، وعلى الرغم من أنها تشبه الاختبار في اعتمادها عند جمع البيانات على التقارير والاستجابات اللفظية، فإن الاختبار يطبقه الفرد على نفسه، ويجيب عنه بنفسه، ولا توجد ضرورة لوجود الاختصاص الإكلينيكي عند الإجابة عن أسئلته، أما المقابلة فتتسم بأنها لا تجمع لنا استجابات لفظية فقط، بل نجمع منها كذلك بيانات بالتواصل غير اللفظي (لغة الجسم

والإشارة التي يبديها المفحوص عند فحصه)، هذا بالإضافة إلى الدلالات التي نحصل عليها من التفاعل الاجتماعي بين الإكلينيكي ومفحوصه من ناحية، وبين المفحوص وسياقه الاجتماعي والطبيعي من ناحية أخرى، ونذكر أنها تحدث نوعا من الإشباع والتفريغ والرضا النفسي لدى المفحوص إذا ما أجراها الإكلينيكي بنجاح، ولذا يقال أنها موقف حوار مقنن يجمع بين العلم والفن (أي الإبداع) التنظيمي. كما أن أبرز الفروق بينها وبين الاستفتاءات (الاستخبارات)، أنها تتم وجها لوجه في حضور الإكلينيكي. هذا من حيث كونها علما.

أما من حيث كونها حرفة أو فن، فإن الإكلينيكي لكي يصبح أخصائيا نفسيا ماهرا في إجراء المقابلات، فلابد أن يتعلم أسس المقابلة وأصولها، وأنواعها، ومراحلها، وفنياتها، ومراحل إجرائها، وكيفية تفادي أخطائها، كما إنه لابد من كثرة ممارسته لها وليعلم طالب العلم والباحث إنه من دون إجرائه مقابلات حقيقية وارتكابه الأخطاء وتصحيحها له من قبل الاستشاريين والخبراء في العمل الإكلينيكي، لن يكتسب مهارات تطبيقها ولا مهارات جمع البيانات بها.

أنواع المقابلات:

يمكن تصنيف المقابلات وفقا لمحورين أساسيين:

أ- المحور الأول محور تقليدي وهو: اختلاف المقابلات باختلاف الهدف منها، ومن ثم ينتج عنه عديد من المقابلات، أهمها: مقابلة الالتحاق بالمؤسسة العلاجية Intake Interview، ومقابلة فحص الحالة العقلية Mental state exams، ومقابلات الأزمات، والمقابلة الاجتماعية، ومقابلة الفرز والتصنيف classification Interview، ومقابلة تحديد بطارية الاختبارات النفسية، ومقابلة التمهيد لتلقي العلاج النفسي، والمقابلة التشخيصية Diagnostic Interview.

ب- أما المحور الثاني، فهو محور منهجي، تصنف المقابلات وفقا له إلى: مقابلات مقننة Standardized or Structured Interview المقابلات شبه المقننة semi، والمقابلات غير المقننة Unstructured Interview.

١- مقابلة الالتحاق بالمؤسسات العلاجية (المستشفيات والمراكز النفسية):

إن الهدف من إجراء هذا النوع من المقابلات بالدرجة الأولى، يكمن في معرفة ما إذا كانت حالة المريض تحتاج إلى دخوله المؤسسة العلاجية والإقامة بها لتلقى الخدمات النفسية المتخصصة، أم أنه يصنف ضمن مرضى العيادة الخارجية outpatients، أي يتردد على العيادات الخارجية لمتابعة علاجه مع الإقامة في منزله وعدم ترك عمله. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، معرفة أسباب قدوم المريض للعيادة أو للمستشفى ومعرفة ما إذا كانت إمكانيات المؤسسة وسياساتها وخدماتها ستلبي احتياجات حالة المريض وتوقعات أسرته، ولأن هذه المقابلة تعد مقابلة أولية، من الممكن أن يقوم بها أخصائي اجتماعي عيادي، أو إكلينيكي مبتدئ، ولكن من الأفضل أن يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي المدرب الخبير نفسه الذي سيقوم بعد ذلك بإجراء المقابلة التشخيصية، لأن هذا من شأنه طمأنة المريض وعدم دفعه من إكلينيكي إلى آخر الأمر الذي يجعله لا يطمئن للمؤسسة العلاجية التي سيلتحق بها،

٢- مقابلة فحص الحالة العقلية للمريض (مراكز تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة):

يتم استخدام مقابلة فحص الحالة العقلية في الغالب في السياقات الطبية، ويتم إجراؤها عادة لتقييم المشكلات العقلية أو الانفعالية أو السلوكية بشكل سريع وأولي. "ولم تكن أسئلة هذا النوع من المقابلات موجودة ضمن أسئلة مقابلة تاريخ الحالة، ولا ضمن المقابلة التشخيصية الملحقة بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لتصنيف الأمراض النفسية،وسبب وجود هذه المقابلة بشكل شبه مقنن، أن ثباتها وصدقها كان ضعيفا ومن ثم حاول بعض الباحثين تحديد مجالات محددة لأسئلتها حتى تصبح شبه مقننة، وبالتالي يمكن الثقة في بيانات، وبناء تنبؤات وتوقعات معقولة حول سلوك المريض ومشكلاته التي تساعد على التدخل في وضع خطة العلاج،ومن أهم هذه المظاهر الآتية:

- المظهر العام أو الهيئة Appearance.

- السلوك والنشاط النفسي الحركي.
- الاتجاه نحو الباحث الإكلينيكي.
- الوجدان والمزاج Affect & Mood.
- الكلام والتفكير Speech & Though.
- الاضطرابات الإداركية Perceptual disturbances.
- التوجه نحو الشخص والمكان والزمان Orientation to person، place and time.
- الذاكرة والذكاء والاستبصار.
- حالة الوعي والانتباه والتركيز.
- القدرة على التفكير الاستدلالي المجرد Conceptual thinking.
- محتوى التفكير وأساليبه (الهذاءات والهلاوس، والقهار، والوساوس.. إلخ). وللدقة، يمكن أن يقوم أخصائيان بإجرائها نفسها على المريض نفسه في وقتين مختلفين بحيث يطرح كل منهما أسئلة مختلفة داخل المجال الواحد نفسه، بحيث يتم التأكد من دقة الإجابات على الرغم من اختلاف الفاحصين.

الملاحظة

يحتاج المعالج لملاحظة السلوك مباشرة أثناء حدوثه، وذلك لأن معظم السلوكيات لا تترك أثاراً دائمة ومن الأمثلة على ذلك كثيرة منها: إيذاء الآخرين، عدم الانتباه، كثرة الحركة والتنقل من مكانه، الإجابات اللفظية، إحداث الفوضى في الصف، العدوان... الخ.

يتم ملاحظة السلوك بصورة حيادية ودقيقة من خلال الأنشطة المختلفة التي يتم تدريب الطفل عليها وفي هذه المرحلة يفضل عرض العديد من الأنشطة والألعاب على الطفل ومحاولة قياس السلوك من خلال أدوات الحصر وتقييم السلوك المشكل بتحديد عدد مرات حدوث السلوك أو الفترة الزمنية التي يستغرقها حدوث السلوك.

أنواع الملاحظة:

هناك عدة أنواع من الملاحظة يستخدم الفاحص النوع المتاح له منها وهي:

١ - **ملاحظة طبيعية**: وفيها يلاحظ الفاحص المفحوص في بيئته الطبيعية كما هي، بان يلاحظه في المدرسة، وفي المنزل، مع زملائه ومع أسرته ويقوم بتسجيل كل سلوك بالتفصيل ويمكنه تصويره. ومدة الملاحظة يجب أن لا تقل عن أسبوع حتى يتمكن الفاحص من رصد كل سلوكيات المفحوص بدقة.

٢ - **ملاحظة محددة (صناعية)**: وفيها يلاحظ الفاحص المفحوص في بيئة يصنعها الفاحص، مثلا أن يتم وضع المفحوص داخل مركز ويقوم الفاحص داخل المركز بصناعة البيئة التي يريد ملاحظة المفحوص فيها مثلا ملاحظة السلوك في موقف لعب محدد داخل العيادة ملاحظة تفاعل اجتماعي في حجرة العيادة.

٣ - **ملاحظة ذاتية**: ويقوم فيها الفاحص بنفسه بتسجيل السلوك المستهدف بصورة مستمرة وفي فترة زمنية معينة وعلى استمارة خاصة يحددها الفاحص.

٤ - **ملاحظة مشتركة**: وتتم من خلال استخدام ملاحظين من البيئة الطبيعية مثل المدرس في المدرسة أو أخصائي التربية في المركز والأم في المنزل ويحدد الفاحص الفترة الزمنية للملاحظة والسلوك والمكان، وهي تفيد في ملاحظة سلوك معين مثل شجار الزوجين أو حالات الصرع والسرقة والكذب.

ويقوم الفاحص بعد الملاحظة الأولية، بتحديد نوع الملاحظة الدورية فإما أن تكون يومية وهنا تصمم استمارة الملاحظة بشكل يومي، وإما أن تكون أسبوعية وتصمم استمارة الملاحظة بشكل أسبوعي تحتوي على أيام الأسبوع وعناصر قياس السلوك، ويمكن أن تكون شهرية وهنا يحدد تصميم الاستمارة بالشهر، واختيار تصميم استمارة الملاحظة يتوقف على اختيار الفاحص من خلال نوع السلوك المراد ملاحظته.

استكشاف ودراسة النتائج

١ - السوابق واللواحق: في هذه المرحلة ومن خلال الملاحظة الدقيقة للسلوك يتم تحديد السوابق التي سبقت حدوث السلوك سواء ما يخص الطفل أو الأفراد المحيطين بالطفل الذين كانوا يشتركون معه في الأنشطة عند حدوث السلوك كما يتم تحديد اللواحق التي تلي حدوث السلوك سواء ما يصدر من سلوكيات من الطفل أو ما يصدر من الأفراد المحيطين بالطفل من سلوكيات والتي يمكن أن تلعب دور في تدعيم السلوك الغير المرغوب من الطفل.

٢ - الخط القاعدي: ومرحلة الخط القاعدي تعتبر من أهم مراحل ملاحظة السلوك وفيها يتم تحديد معدل حدوث السلوك المشكل سواء كان تحديد المعدل بعدد مرات حدوثه أو كان من خلال الفترة الزمنية التي يستغرقها السلوك ويتم ذلك من خلال الرسم البياني.

دراسة الحالة:

وتعني فهم شخصية المفحوص ومشكلته والوقوف على الجوانب الكلية المكونة لشخصيته وحدود قدراته ليصل الأخصائي النفسي إلى أقصى ما يستطيع من فهم نحو المفحوص وتكامله بموضوعية، ويتم ذلك من خلال علاقة مهنية تعاونية بينهما للحصول على قدر كاف من المعلومات لفهم سلوكه وتحديد وتشخيص مشكلته وطبيعتها وأسبابها واتخاذ التوصيات الوقائية والإرشادية والتخطيط للخدمات الإرشادية اللازمة لمساعدة المفحوص على علاجها.

مصادر اكتشاف الحالة:

ويقصد بذلك كيف تصل الحالة للأخصائي النفسي وما هي المصادر التي يكتشف عن طريقها الحالات، وفيما يلي أهم مصادر اكتشافها:

١ - الأخصائي النفسي: وذلك من خلال ما يلاحظه على سلوك المفحوص أثناء أدائه لعمله.

٢ - المفحوص نفسه: عندما يلجأ المفحوص إلى الأخصائي النفسي لطلب المساعدة بغرض علاج المشكلة التي يعاني منها.

٣- من خلال المواقف اليومية الطارئة: والتي تظهر صور الاضطراب عندما يتكرر سلوك غير ملائم على المفحوص أو أكثر مما يستدعى الأمر تحويله للأخصائي النفسي لدراسة حالته.

٤- الجهة التي حول منها المفحوص: عندما يتم تحويل المفحوص من قبل مكان عمله للأخصائي النفسي، وذلك من خلال ملاحظاتهم على سلوكه لغرض تعديله حتى يتوافق بشكل أفضل مع زملائه أو حدوث أي فعل متناقض يعكس وجود مشكلة.

٥- الأسرة (ولي الأمر): عندما يشتكي ولي أمر المفحوص للأخصائي النفسي من بعض المواقف السلوكية التي تصدر من ابنه مثل ضعف تحصيله الدراسي أو مواقف سلوكية غير مقبولة تبدر منه ويطلب من الأخصائي النفسي دراسة حالة ابنه.

مصادر جمع المعلومات:

يمكن للأخصائي النفسي جمع المعلومات عن المفحوص من خلال: الأفراد- السجلات- التاريخ المرضي- الاختبارات- التاريخ التعليمي والتاريخ الأسري والاجتماعي وتاريخ النمو، وتختلف أهمية كل مصدر من هذه المصادر عن المصدر الآخر باختلاف المفحوصين ومشكلاتهم ومن أهم مصادر جمع المعلومات ما يلي:

١- المفحوص نفسه: فهو أقدر فرد على معرفة نفسه ومشاعره ولكن يجب تهيئة المفحوص وإعداده جيدًا للخدمات النفسية وبخاصة العملية الإرشادية ليتمكن من الإفصاح عن المعلومات بشكل سريع وواضح.

٢- السجل الشامل للمعلومات: السجل الشامل للمعلومات الخاص بالمفحوص له أهمية كبرى لاحتوائه على معلومات جيدة تساعد على الاستفادة منها في دراسة حالة المفحوص.

٣- المعلمون: وهم مصدر مهم لجمع المعلومات عن المفحوصين إن كانوا طلاب من خلال التفاعل اليومي ورعايتهم لسلوك التلاميذ.

٤- **الأسرة**: وهي عامل أساسي من عوامل جمع المعلومات عن المفحوص وعن مراحل نموه وخصائصها المختلفة مثل الوالدين والأخوة.

٥- **الزملاء والأصدقاء**: ويمثلون عنصرا هاما في إعطاء تصورات ملائمة عن سلوك المفحوص وأصدقائه.

٦- **التقارير الطبية**: وتشتمل المعلومات الصحية والتاريخ المرضى للمفحوص وتطور نموه جسميًا وعقليًا ولغويًا وانفعاليا واجتماعيًا.

٧- **التقارير المدرسية**: وتعطي معلومات عن سلوك المفحوص التعليمي والخلقي بما يساعد على فهم حالته وإيجاد العلاج الملائم له.

٨- **الاختيارات والمقاييس النفسية**: التي تعطي مؤشرات عن سمات وميول واتجاهات المفحوص.

عوامل نجاح دراسة الحالة:

يجب مراعاة الشروط التالية لنجاح دراسة الحالة:

١- **التنظيم**: وهو تسلسل ووضوح المعلومات التي يتم الحصول عليها عن المفحوص ووضعها في إطار منظم مما يساعد على فهم مشكلة المفحوص والشروع في معالجتها.

٢- **الدقة**: وهي تحري مصداقية وتكامل المعلومات حيث يستخدم عدة وسائل لجمع المعلومات.

٣- **الاعتدال**: وهو جمع الحد الكافي من المعلومات عن المفحوص ويتحدد ذلك بنوعية الحالة بحيث لا يحدث تطويلا مملا لها أو اختصارها بشكل مخل الأمر الذي لا يمكنها من الإسهام في خدمة المفحوص ويؤثر على الخدمة النفسية برمتها.

٤- **التسجيل**: وهو الاعتماد على تدوين المعلومات خشية نسيانها، وينبغي ألا يكون ذلك أمام المفحوص وأثناء حديثه بل بعد انتهاء المقابلة وخروجه فوراً وعدم كتابة اسمه بل برمز

له وليكن الحروف الأولى من الاسم يعرف به ويمكن الاستئذان منه لكتابة بعض النقاط الرئيسة أثناء تقديم الخدمة النفسية (دراسة الحالة- المقابلة- الجلسة الإرشادية... وغيرها).

٥- **المقابلة:** وهي ما يتم بين الأخصائي النفسي والمفحوص من لقاءات وجهًا لوجه وهي تعتبر من الأساليب الرئيسية لجمع المعلومات، فهي تحتاج إلى مهارات مهنية متخصصة يؤهل لها الأخصائي النفسي.

الفصل الخامس

الاختبارات والمقاييس النفسية

* مفهوم الاختبارات النفسية وتصنيفها
* أهم المقاييس ودلالاتها الإكلينيكية في المجال النفسي

الاختبارات والمقاييس النفسية

تعتبر الاختبارات من أهم أدوات جمع المعلومات والبيانات عن الأفراد في كافة النواحي العقلية والشخصية، وتعتبر مصدر هاما من مصادر اتخاذ القرار تجاه الحالة المراد تقييمها.

ويعرفه البهي (٢٠٠٠م) بأنه: "موقف تجريبي محدد وتهيئ الظروف لإحداث مثيرات معينة للسلوك، ويقاس هذا السلوك بمقارنته الإحصائية بسلوك الأفراد الآخرين الذين يخضعون لنفس الموقف التجريبي السابق، وهو يهدف إلي تصنيف الأفراد تصنيفا رقميا أو وصفياً".

وكذلك عرفه أبو حطب (١٩٩٦م) تعريفا يتميز بالدقة والشمولية: "بأنه طريقة منظمة للمقارنة بين الأفراد أو داخل الفرد الواحد في السلوك أو عينه منه في ضوء معيار أو مستوى أو محك".

مفهوم الاختبارات النفسية وتصنيفها

حدد مفهوم المقياس بأنه: "أداة الهدف من استخدامها الوصف الكمي للظواهر سواء نفسية أو تربوية أو اجتماعية، فالقياس يهدف إلى تحديد كمية أو حجم ما يوجد في الشيء أو الشخص من سمة أو خاصية، ويمكن تحديد الفروق بين المصطلحين القياس والاختبار على النحو التالي:

١- القياس يهدف إلى تحديد الوصف الكمي للظاهرة، أما الاختبار فإنه يتجاوز هذا الحد إلى استخدام ما نحصل عليه من بيانات رقمية في إجراء المقارنات بين الأفراد أو داخل الفرد نفسه فإذا تحول اهتمامنا من مجرد تحديد كمية الصفة أو الخاصية إلى تحديد الفروق الفردية فان المقياس هنا يتحول إلى اختبار.

٢- ليست جميع الاختبارات هي مقاييس ففي بعض الحالات التي يجري فيها الفاحص اختبار لتحديد وصفا كميا لحاله،فان هذه الحالة ترتبط فقط بمفهوم الاختبار حيث لا يتطلب هذا الوصف الكيفي استخدام المقاييس الرقمية.

٣- عندما يكون الهدف تحديد الكفاءة من خلال قياس على أداء مهمة أو عمل له أهمية في ذاتها، فانه في هذه الحالة يستخدم مصطلح الاختبار.

٤- مصطلح القياس أكثر عمومية من مصطلح الاختبار لأنه يستخدم في جميع البحوث النفسية والتربوية بهدف الحصول على أوصاف كمية.

أهداف الاختبارات:

تهدف الاختبارات إلى جمع المعلومات عن الأشخاص بغرض اتخاذ القرارات وتحدد فيما يلي:

١- الاختيار التعليمي والمهني: فبناء على نتائج الاختبارات يمكن التنبؤ بنجاح الشخص في تعليمه أو مهنته.

٢- تحديد المستوي: من خلال نتائج الاختبارات يمكن تصنيف الأفراد إلي متفوقين وعاديين.

٣- تحديد الكفاءة: من نتائج الاختبارات يمكن تحديد مدى تمتع الشخص بكفاءة عالية في القدرة المراد قياسها.

٤- التشخيص: ويعتبر من أهم أهداف الاختبارات، أنه يمكن تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف لدى الفرد المراد تحديد مشكلته.

أهم المقاييس ودلالاتها الإكلينيكية في المجال النفسي

يحتاج الأخصائي النفسي إلى أدوات تساعده على أداء مهمته، ويجب أن يكون مدرب جيدا على تطبيق هذه الأدوات وتفسيرها ومتى تستخدم كل أداة وفيما يلي عرض لبعض الاختبارات التي يحتاج إليها الأخصائي في كل مجالات عمله.

١ - مقياس وكسلر بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين: Wechsler Adults Inteligence Scale (WAIS) وقد أعده دافيد وكسلر، واقتبسه وأعده للعربية لويس كامل مليكه. ويضم القسم اللفظي منه اختبارات: المعلومات، والفهم، وإعادة الأرقام، والاستدلال الحسابي، والمتشابهات، والمفردات.. أما القسم العملي فيضم اختبارات: ترتيب الصور، وتكميل الصور، ورسوم المكعبات، وتجميع الأشياء، ويناسب الأعمار من ١٥- ٦٠ سنة.

استخدامات المقياس في المجال الإكلينيكي

وضع هذا المقياس كأداة تساعد على تقدير نسبة الذكاء، إلا أنه أصبح أداة إكلينيكية ناجحة وفيما يلي بعض الطرق المستخدمة في تفسير الأداء على المقياس وقيمة كل منها في المجال الإكلينيكي:

١- **نسبة الذكاء:** ويعطي الاختبار ثلاث نسب ذكاء (نسبة ذكاء لفظية ونسبة ذكاء عملية ونسبة ذكاء كلية).

٢- **التمييز بين فئات الاضطراب العقلي واضطرابات الشخصية:** ويستخدم لذلك عدة وسائل منها:

أ- **الفرق بين نسبة الذكاء اللفظي والعملي:** ويوضح وكسلر أن وجود فرق كبير بين النسبتين يزيد عن ١٥ درجة يعتبر مؤشرا تشخيصيا هاما، فإذا زادت نسبة الذكاء اللفظي عن العملي بمقدار ٢٥ درجة فأكثر فان ذلك علامة على وجود اضطراب عقلي مرتبط بوجود تلف في الأجزاء اليمنى من المخ، أما زيادة نسبة الذكاء العملي عن اللفظي فتعد مؤشراً لوجود ذهان عضوي مرتبط بتلف في المناطق اليسرى من المخ.

ب- **نمط توزيع الدرجات على المقاييس الفرعية:** ويسمى تحليل التشتت ويتطلب القيام بالمقارنة بين الدرجات الموزونة على كل مقياس لمعرفة تشتت كل منها عن المتوسط العام على المقاييس جمعياً، ويعتبر الانخفاض أو الارتفاع على اي مقياس من المقاييس

الفرعية ذي دلالة تشخيصية هامة، فأحيانا يحدث أن بعض الأفراد يفشل في الإجابة عن بنود سهلة وينجح في الإجابة على بنود صعبة أو يتذبذب أداؤه بين البنود وهذه الظاهرة تشيع في حالات القلق أو قد تكون مؤشر لتلف عضوي.

ج- **تقدير التدهور العقلي:** ولحساب التدهور العقلي اقترح وكسلر طريقة تقوم على تصنيف المقاييس الفرعية إلى مجموعتين ١- المقاييس الثابتة (وهي التي لا يتأثر الأداء عليها بالسن كالمفردات والمعلومات وتجميع الأشياء وتكميل الصور) ٢- المقاييس غير الثابتة (وهي التي ينخفض الأداء عليها بتقدم السن كتذكر الأرقام والمتشابهات ورموز الأرقام ورسوم المكعبات) ويحسب التدهور بطرح مجموع الدرجات الموزونة على المجموعة الثابتة من المجموعة غير الثابتة ويقسم الفرق بينهم على مجموع الدرجات الموزونة للمقاييس الثابتة وفقا للمعادلة التالية:

$$\text{نسبة التدهور} = \frac{\text{الثابتة} - \text{غير الثابتة}}{\text{الثابتة}} \times 100$$

ويكون التدهور ممكن إذا كانت النسبة اعلي من ١٠ ٪ ومؤكد إذا زادت النسبة عن ٢٠ ٪ وهناك العديد من الدلالات الإكلينيكية للمقياس تفسر على تقدير انخفاض أو ارتفاع درجة الفرد على المقاييس الفرعية.

٢- اختبار ستانفورد -بينيه (الإصدار الرابع)

مقياس ستانفورد بينيه (الطبعة الرابعة) هو من أكثر مقاييس الذكاء اهتماماً فهو يتحرى الدقة والموضوعية، وهو امتداد للطبعة الثالثة والذي طوره لويس ثيرمان وميريل،وحظيت البيئة العربية بجميع الصور الخاصة بهذا المقياس بفضل أستاذين جليلين هما الأستاذ الدكتور مصري عبد الحميد حنورة والأستاذ الدكتور لويس كامل مليكه.

والطبعة الرابعة بصياغتها تعتبر من جميع النواحي فتحاً جديداً في إعداد المقاييس من حيث اعتمادها على أحدث النتائج العلمية المتراكمة في مجال الذكاء والعمليات المعرفية، والصيغة العربية الجديدة معدة للتطبيق في جميع البلاد العربية حيث أن المعايير مستخرجة من عينات مسحوبة من عدد من المجتمعات العربية، وقد أضيفت التعليمات الخاصة بالتطبيق بعدة لهجات مما يوفر لأول مرة أداة تتجاوز الفروق الثقافية والحضارية في المجتمعات العربية، ويعتمد مقياس بينيه (ط٤) أساساً على المجالات المعرفية المكونة لمفهوم الذكاء بمعناه الحديث وليس على الأعمار كما هو الحال في الطبعات السابقة للمقياس، وهو يتضمن ثلاثة محاور تتضمن أربعة مجالات وهي:

ويتكون المقياس من ١٥ اختباراً فرعيا تنتمي إلي ثلاثة محاور تتضمن أربعة مجالات:

المحور الأول: محور القدرات المتبلورة: القدرات المتضمنة في هذا المحور تشير إلي القدرات العقلية التي تشكلت (وتبلورت) من خلال الخبرة المكتسبة سواء من خلال الدراسة أو غيرها، وبذلك فهي متأثرة بالتحصيل الأكاديمي. ويتضمن هذا المحور المجالين الآتيين:

١- **مجال الاستدلال اللفظى:** ويتضمن أربعة اختبارات هي (المفردات والفهم والسخافات والعلاقات اللفظية).

٢- **مجال الاستدلال الكمى:** ويتضمن ثلاثة اختبارات هي (الحساب وسلاسل الأرقام وبناء المعادلات).

المحور الثاني: محور قدرات السيولة التحليلية: يتضمن هذا المحور مجالاً واحداً هو مجال الاستدلال البصري التجريدي والذي يتضمن بدوره أربعة اختبارات هي (تحليل النمط والنسخ والمصفوفات وطي وقطع الورق) وهى تتعامل مع القضايا والمشكلات الجديدة التي تتطلب نشاطاً فورياً في الإجابة عليها بما يعنيه ذلك من تعامل مع تفكير حل المشكلات والخيال والابتكار أحياناً.

المحور الثالث: محور مجال الذاكرة قصيرة المدى: يهتم هذا المحور بأنماط الذاكرة قصيرة المدى ويتضمن أربعة اختبارات هي (ذاكرة الخرز وذاكرة الجمل وذاكرة الأعداد وذاكرة الأشياء).

تطبيق المقياس:

يطبق المقياس بصورة فردية ويتناسب مع الأعمار من سن ٢ إلى ٧٠ ونبدأ بتطبيق اختبار المفردات، وهو يعتبر الاختبار المدخلي الذي يحدد مستوى باقي الاختبارات، ويتم حساب درجة كل اختبار بطرح عدد الفقرات التي حصل المفحوص فيها على (-) من آخر فقرة توقف عندها الاختبار، ثم تستخرج الدرجة المعيارية لكل اختبار من الجداول المعيارية، ثم المجالات الأربعة ثم الدرجة الكلية، ويتم تحديد جوانب الضعف والقوة لدى المفحوص من الصفحة النفسية.

٣- اختبار ستانفورد - بينيه (الإصدار الخامس)

يتابع العالم العربي ممثلا في مصر تقنين الطبعة الخامسة الأمريكية التي أعدها (جال رويد عام ٢٠٠٣) وبدأها (حنورة في ٢٠٠٦) وتم تقنينها أيضا من خلال (صفوت فرج وفريق العمل التابع له ٢٠١١) و (محمود أبو النيل وفريقه ٢٠١١) وتهدف الصورة الخامسة من مقياس ستانفورد بينيه إلى:

١- قياس خمسة عوامل أساسية في نظرية كاتل - هورن - كارول، (K-H-K) بدلا من أربعة في الصورة الرابعة من المقياس، وتطوير عامل الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة العاملة.

٢- كما أنه تم تعزيز المحتوى غير اللفظي حيث تستخدم نصف الاختبارات الفرعية في الصورة الخامسة بطريقة غير لفظية للاختبار والتي تتطلب استجابات لفظية محدودة وتغطي كافة القدرات العقلية التي تغطيها الجوانب اللفظية أيضا فمثلاً الاستدلال السائل اللفظي وغير اللفظي كلاهما يعد مقياساً لما يسمى بالمؤشر العاملي، وبذلك تغطي نسبة

الذكاء غير اللفظية كل العوامل المعرفية الخمسة الرئيسية، وهذا الميزة تنفرد بها الصورة الخامسة من مقياس ستانفورد - بينيه عن باقي بطاريات الذكاء الأخرى.

٣- الاعتماد في تقنين المقياس على التطورات الحديثة في نظرية القياس وخاصة نظرية الاستجابة للمفردة.

٤- استخدام مواد أكثر جاذبية للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة مما يسهل تطبيق المقياس ورفع درجة الدافعية لدى المفحوصين.

٥- تعزيز الاستفادة من الاختبار حيث توجد الفقرات وإجاباتها، ونماذج تصحيح الفقرات وكذلك عوامل المقياس جنبا إلى جنب في كتب التطبيق وكراسة تسجيل الإجابة مما يسهل عملية تطبيقه. وتم تعديل بعض الاختبارات والبنود لتتناسب مع الثقافة العربية.

٦- وتم تطوير الدرجات الحساسة للتغير (CSS) كدرجات مرجعية المحك تساعد على إدراك القيمة المطلقة للتغيير سلباً أو إيجاباً في أداء الفرد بصرف النظر عن موقع هذا الفرد بالنسبة لجماعة التقنين.

مكونات المقياس:

١- مجال الاستدلال السائل Fluid Reasoning:

يشير الاستدلال السائل إلى قدرة الشخص على اكتشاف العلاقات والربط بين المعلومات ويتضمن استخدام كل من الاستدلال الاستنباطي والاستقرائي:حيث يشير الاستدلال الاستنباطي إلى النتائج المنطقية أو المعلومات الجزئية المترتبة على قاعدة عامة (الانتقال من الكل إلى الجزء)، أما الاستدلال الاستقرائي فهو الوصول إلى استنتاج أو قاعدة عامة بناءً على مجموعة من المعلومات الجزئية (الانتقال من الجزء إلى الكل).

٢- مجال المعرفة Knowledge:

المعرفة هنا تشير إلى كمية المعلومات العامة لدى الشخص، والمختزنة في الذاكرة طويلة

المدى، والمكتسبة من خلال التنشئة الاجتماعية والتعليم والعمل، وهو ما يتفق مع ما يعرف بالذكاء المتبلور.

٣- مجال الاستدلال الكمي Quantitive Reasoning

يشير إلى قدرة الشخص ومهاراته في استخدام الأرقام وفي حل المشكلات سواء كانت لفظية أو مصورة وهو يركز على حل المشكلات الرقمية في المواقف الجديدة وهو منفصل عن المعرفة المسبقة بقواعد الرياضيات.

٤- مجال المعالجة البصرية المكانية Visual-Spatial Processing:

تشير المعالجة البصرية المكانية إلى قدرة الشخص على إدراك الأنماط البصرية والعلاقات الشكلية والمواقع والاتجاهات وسط المثيرات البصرية المتعددة والمتداخلة.

٥- مجال الذاكرة العاملة Working Memory:

تشير الذاكرة العاملة إلى قدرة الشخص على التعامل مع المعلومات المخزونة في الذاكرة قصيرة المدى من حيث فحصها وتصنيفها والربط بينها واستخدامها حسب متطلبات المواقف المختلفة.

مجالات استخدام مقياس ستانفورد بينيه الطبعة الخامسة :

صمم مقياس ستانفورد بينيه للذكاء: الصورة الخامسة للاستخدام في المجالات التالية:

١- تشخيص حالات العجز الارتقائي لدى الأطفال والمراهقين، والبالغين.

٢- التقييم الإكلينيكي والنيوروسيكولوجى.

٣- تقييم الطفولة المبكرة.

٤- التقديرات النفسية التربوية المتعلقة بالالتحاق ببرامج التربية الخاصة.

٥- تقديم معلومات عن التدخلات مثل الخطط العائلية الفردية للصغار، الخطط التربوية الفردية للأطفال في سن المدرسة.

٦- التقييم المهني (التخطيط للانتقال من المدرسة إلى الجامعة) بالنسبة للمراهقين.

٧- التغيير المهني للراشدين وتصنيف وانتقاء الموظفين.

٨- تشخيص حالات الإعاقة العقلية (في كل الأعمار).

٩-صعوبات التعلّم.

١٠- التأخر المعرفي الارتقائي في الأطفال الصغار.

١١- إلحاق الطلاب ببرامج الموهوبين عقليا في المدارس.

١٢- تقييم إصابات العمل وحجم الإعاقة الناتجة عنها.

وصف المقياس

يطبق المقياس بشكل فردي لتقييم الذكاء والقدرات المعرفية، وهو ملائم للأعمار من ٢: ٨٥ سنه ويتكون المقياس من ١٠ اختبارات فرعية تتجمع مع بعضها لتكون مقاييس أخرى وهي:

١- مقياس درجة ذكاء البطارية المختصرة ويتكون من اختباري تحديد المسار وهما اختبار سلاسل الموضوعات /المصفوفات واختبار المفردات وتستخدم هذه البطارية مع اختبارات أخري في بعض التقييمات مثل التقييم النيروسيكولوجي.

٢- مقياس درجة الذكاء غير اللفظية ويتكون من خمس اختبارات فرعية غير لفظية والتي تقيس الخمسة عوامل المعرفية، ويستخدم هذا المجال مع الصم والذين يعانون من فقد السمع والذين يعانون من مشكلات لغوية مثل التأخر والحبسة والعي والاوتيزم.

٣- مقياس نسبة الذكاء اللفظية ويتكون من خمس اختبارات فرعية والتي أيضا تقيس الخمسة عوامل المعرفية وهو يطبق على العاديين ومن لديهم مشكلات بصرية.

٤- درجة الذكاء الكلية للمقياس وهي ناتج جمع المجالين اللفظي وغير اللفظي أو المؤشرات العاملية الخمسة. ونتاج ذلك يعطي المقياس الدرجات التالية:

أ- (٤) درجات ذكاء مركبة، (٥) مؤشرات عاملية (م = ١٠٠، ع = ١٥).

ب- (١٠) درجات اختبارات فرعية (متوسط = ١٠، ع = ٣).

ج- الرتبة المئينية.

د- الدرجات الحساسة للتغير (CSS).

هـ- المكافئات العمرية.

تصحيح المقياس:

يتم تصحيح المقياس باستخدام الطريقة اليدوية التقليدية أو باستخدام الطريقة الالكترونية من خلال برنامج الكمبيوتر المتوفر مع المقياس، والطريقة اليدوية الصحيحة لحساب الدرجات تتم أولا: من خلال استخراج الدرجة المعيارية لكل اختبار، ثانيا: الدرجة المعيارية لكل مجال، ثالثا: الدرجة الكلية.

٤- اختبار الإلينوي للقدرات السيكولغوية (صعوبات التعلم)

لقد ساهمت العديد من العلوم في تفسير وقياس وتشخيص حالات الأطفال ذوي صعوبات التعلّم كعلوم الطب، والعصاب، والسمعيات، والبصريات والجينات، وعلم النفس، والتربية الخاصة، إذ ساهم كل علم من العلوم السابقة في تفسير ظاهرة صعوبات التعلّم إذ فسرت العلوم الطبية هذه الظواهر من وجهة نظر طبية ترتبط بالأسباب المؤدية إلى مظاهر صعوبات التعلّم، في حين فسرت العلوم الإنسانية هذه الظاهرة من حيث العوامل البيئية المؤدية إلى حدوث حالات صعوبات التعلّم، كما ساهمت كل منهما في قياس وتشخيص هذه الظاهرة، إذ يتضمن التشخيص الطبي دراسة الحالة أو أسبابها الوراثية والبيئية، وخاصة حالات التلف الدماغي المصاحبة لحالات صعوبات التعلّم، في حين يتضمن التشخيص النفسي والتربوي التركيز على قياس مظاهر تلك الحالات وخاصة المظاهر اللغوية، و التحصيلية، والإدراكية، والعقلية.

فيتم تحويل الأطفال الذين يشك بأنهم يعانون من صعوبات تعلم إلى أخصائي قياس وتشخيص صعوبات التعلّم، وغالبا ما يتم التحويل من قبل الآباء أو المدرسة أو الطبيب، أو من لهم علاقة بذلك وتهدف عملية القياس إلى تحديد تلك المظاهر والتعرف على أسبابها، ومن ثم وضع البرامج العلاجية المناسبة لها.

مقياس الينوى للقدرات السيكولغوية

ظهر هذا المقياس من قبل كيرك ومكارثي عام ١٩٦١ وروجع في عام ١٩٦٨، وقامت عزة عبد الحليم بتعريبه وتقنينه على البيئة العربية بمعهد السمع والكلام بمصر وأيضا باحثين آخرين. ويهدف هذا المقياس إلى قياس وتشخيص مظاهر الاستقبال والتعبير اللغوي وخاصة لدى ذوي صعوبات التعلم ويعتبر من المقاييس الفردية المقننة والمشهورة في مجال صعوبات التعلم، ويطبق على الأطفال من سن ٢:١٠ سنوات لقد صممت بطاقة تسجيل الدرجات لتيسر دقة تسجيل استجابات الطفل في الاختبارات الاثنى عشر. ويلاحظ في صفحة تسجيل ملامح القدرات أن درجات الاختبارات "السمع - صوتية" والاختبارات "البصر - حركية" منظمة في أعمدة منفصلة، وأن درجات المستوى التمثيلي منفصلة عن درجات المستوى التلقائي. هذا التنظيم للنتائج في أعمدة منفصلة يسهل الملاحظة والمقارنة للأبعاد المختلفة للاختبارات، وهي قنوات الاتصال، مستوى التنظيم، والعمليات النفس لغوية.

وصف المقياس: يتألف المقياس من ١٢ اختبارا فرعيا تغطي طرق الاتصال اللغوية ومستوياتها والعمليات النفسية والعقلية وهذه الاختبارات هي:

١- **الاستقبال السمعي:** ويقيس قدرة الطفل على الاستقبال السمعي والإجابة بنعم أو لا.

٢- **الاستقبال البصري:** ويقيس قدرة الطفل على مطابقة صورة مفهوم ما مع صورة أخرى ذات علاقة.

٣- **الذاكرة البصرية المتتالية:** ويقيس قدرة الطفل على تذكر أشكال لا معنى لها بطريقة متسلسلة حيث يعرض على المفحوص كل شكل من تلك الأشكال لمدة خمس ثوان ويصل مدى تلك الأشكال إلى ثمانية أشكال.

٤- **التداعي السمعي:** ويقيس قدرة الطفل على إكمال مفردات ناقصة متدرجة في مستوى صعوبتها.

٥- **الذاكرة السمعية المتتالية:** ويقيس قدرة الطفل على تذكر سلاسل من الأرقام تصل في أقصى مدى لها إلى ٨ أرقام حيث تطرح على المفحوص بمعدل رقمين في كل ثانية.

٦- **اختبار التداعي البصري:** ويقيس قدرة الطفل على الربط بين المثيرات البصرية المتجانسة أو ذات العلاقة.

٧- **الإغلاق البصري:** ويقيس قدرة الطفل على إدراك وتمييز موضوعات ناقصة حيث تعرض على المفحوص لوحة تتضمن عددا من الموضوعات الناقصة ويطلب منه تمييزها.

٨- **اختبار التعبير اللغوي:** ويقيس قدرة الطفل على التعبير اللفظي عن الأشياء التي يطلب منه تفسيرها.

٩- **الإغلاق اللغوي:** ويقيس قدرة الطفل على إكمال جمل ذات قواعد لغوية مترابطة.

١٠- **التعبير اليدوي:** ويقيس قدرة الطفل على التعبير عمليا أو يدويا عما يمكن أداءه بأشياء معينة.

١١- **الإغلاق السمعي:** ويقيس قدرة الطفل على إكمال جمل متجانسة في تركيبها اللغوي.

١٢- **مزج الأصوات:** ويقيس قدرة الطفل على تركيب الأدوات معا حيث يطلب من المفحوص أن يركب الأصوات التي يسمعها بفاصل زمني قدره نصف ثانية بين كل صوت وآخر حيث يبدأ الفاحص بعرض أصوات لكلمات ذات معنى ثم ينتهي بعرض أصوات لكلمات لا معنى لها. ويعطي هذا الاختبار عند تطبيقه درجة قياسيه ودرجة عمرية ويعطي عمر نفسي لغوي مركب وعمر نفسي لغوي لكل مقياس فرعي، ويستلزم تطبيقه حوالي ساعة.

٥- اختبار مينوستا متعدد الأوجه للشخصية (mpi2)

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه واحد من استبيانات التقرير الذاتي ولقد أعداه هاثاواي وماكنلي للتخلص من عيوب الاختبارات السابقة التي أعدت على أساس منطقي، والاختبار يفيد بوصفه أداة للتقويم الإكلينيكي، يقدم صورة متكاملة عن الجوانب المتعددة في

شخصية المفحوص، وقد قام لويس مليكه بتعريب الصورة الجمعية على البيئة العربية عام ٢٠٠٠ وذلك لسهولة استخدامها، وكانت هذه الصورة تحتوي على ٥٦٦ سؤالا. إلا أنه قام كل من عبد الله عسكر وحسين عبد القادر (٢٠٠٤م) بإعداد الاختبار ليتناسب مع الشخصية العربية وحساب الصدق، والثبات، والمعايير على عينة عريضة من الناطقين بالعربية.

ويعتبر هذا الإصدار إضافة، وفضلاً عن استخدامه في التشخيص الإكلينيكي أصبح يستخدم في ميدان السواء، واختيار القادة، وانتقاء الأفراد وتوجيههم في الميدان المدني والعسكري، وفى الميدان الأكاديمي والجنائي وغيرها من الميادين التي تتطلب الفحص النفسي الشامل، وهذا الإصدار متوفر فقط على اسطوانات ليزر ويطبق من خلال الكمبيوتر، ويحصل الفاحص على التقرير محتوي على ١- منحنى المقاييس الأساسية بتفسيرها وتحليلها ٢- منحنى المقاييس الفرعية وتفسيرها ٣- طباعة المنحنيات ٤- طباعة التحليل مع عمل نظم حماية سرية للمعلومات.

المقاييس الأساسية :

وهي المقاييس التي ظهر عليها الاختبار منذ عام ١٩٤٧ وطبعت على يد هاثاواي وماكنلي والتي تنقسم إلى مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية.

أولاً : مقاييس الصدق :

وتعني تلك المقاييس التي تصف اتجاهات المفحوص نحو الإجابة عن بنود الاختبار، وهل أجاب بما ينطبق عليه بالفعل بمعنى أنه يعطي تقريراً ذاتياً صادقاً عن ذاته ومتسق أو متجانس أم أنه حاول تلفيق الإجابات بصورة مقصودة أو عشوائية.

١-مقياس عدم الإجابة.

٢-مقياس الكذب (L).

٣-مقياس الخطأ أو عدم التواتر (F).

٤-مقياس التصحيح (K).

ثانيا: المقاييس الإكلينيكية:

١- توهم المرض (Hs).

٢- الاكتئاب (D).

٣- الهستيريا(H).

٤- الانحراف السيكوباتى (Pd).

٥- الذكورة / الأنوثة (Mf).

٦- البار انويا (Pa).

٧- السيكاثينيا (Pt).

٨- الفصام (Sc).

٩- الهوس الخفيف (Ma).

١٠- الانطواء الاجتماعي (Si).

٢- المقاييس الفرعية:

١- مقياس القلق (A).

٢- مقياس الكبت (R).

٣- مقياس قوة الأنا (Es).

٤- مقياس سوء استعمال العقاقير (ALC).

٥- مقياس الإدمان الصريح.

٦- مقياس الإدمان الكامن (APS).

٧- مقياس الخلافات بين الأزواج (MDS).

٨- مقياس الضبط الزائد - العدائية (O-H).

٩- مقياس السيطرة (D O).

١٠- المسئولية الاجتماعية (R E).

١١- سوء التوافق الأكاديمي (M T).

١٢- مقياس الدور الجنسي للذكور والإناث (G M-G F).

١٣- مقياس الدور الجنسي (G F).

١٤- مقياس اضطرابات ما بعد الصدمة (P K).

١٥- مقياس شلنجر لاضطراب ما بعد الصدمة (P S).

١٦- مقياس الخجل / الوعي بالذات (S I1).

١٧- مقياس التجنب الاجتماعي (S I2).

١٨- مقياس الاغتراب عن الذات والآخرين (S I3).

٦- اختبار كارز لتحديد شدة اضطراب الاوتيزم (C.A.R) Car's The child hood autism rating scale.

لقد أعده اريك واخرون١٩٨٠: Eric، et al، وقامت سهير التوني وآخرون ٢٠٠٧ بترجمته وتطبيقه على البيئة المصرية ويهدف المقياس إلى تشخيص اضطراب الأوتيزم مع وضعه في فئة من فئات الاضطراب من حيث الشدة.

وصف المقياس: يتضمن هذا المقياس ١٥ مجالاً يندرج تحت كل منهما نقاط عديدة تتدرج فيما بينها للوقوف على درجة الطفل في السمة المراد السؤال عنها وتلك المجالات تبحث فيما يلي:

١- العلاقة بالآخرين (I. Palatine Glo people).

٢- التقليد (II. Mutation).

٣- المشاعر (III. Emotional Response).

٤- استخدام الجسم (IV. Body use).

٥- استخدام الأشياء (V. Object use).

٦- التكيف مع التغيير (VI. Adaptation TO Change).

٧- الاستجابة البصرية (VII. Visual Response).

٨- الاستجابات السمعية (VII. Listening response).

٩- التذوق، الشم، اللمس(IX.Taste. Smell And Touch Response and Use).

١٠- الخوف والانفعال (X. Fear Or Nervousness).

١١- التواصل اللفظي (XI. Verbal Communication).

١٢- التواصل غير اللفظي (XII. Non Verbal Communication).

١٣- مستوى النشاط (XIII. Activity level).

١٤- مستوى الذكاء(XIV. Level and Consistency Of Intellectual Response).

١٥- الاستجابة العامة (XV. General Impressions).

ويندرج تحت كل مجال من هذه المجالات ٤ نقاط، ويبلغ العدد الكلي لمفردات الاختبار (٦٠ عبارة موزعة على الأبعاد السابقة)، ويطبق الاختبار بسؤال ولي الأمر أو الرجوع إلى الأخصائي أو المعلم القائم على ملاحظة الطفل ورعايته، مع الأخذ في الاعتبار بملاحظة الباحث لسلوك الطفل للتأكد من مدى صدق إجابات القائمين على رعايته.

تصحيح الاختبار: يصحح الاختبار تبعاً لتجميع الدرجات التي تندرج تحت كل مجال فمثلا في المجال الأول (العلاقة بالآخرين).

١- إذا تطابقت استجابة الطفل مع الاستجابة الأولي يحصل على درجة (١).

٢- إذا تطابقت استجابة الطفل مع الاستجابة الثانية يحصل الطفل على درجة (٢).

٣- إذا كانت استجابة الطفل فيما بين الاستجابة الأولي والاستجابة الثانية يحصل على درجة (١,٥).

٤- إذا تطابقت استجابة الطفل مع الاستجابة الثالثة يحصل على (٣) درجات.

٥- إذا تطابقت استجابة الطفل مع الاستجابة الرابعة يحصل على (٤) درجات.

٦- أما إذا كانت استجابة الطفل بين الاستجابة الثالثة والاستجابة الرابعة يحصل على (٣,٥).

وتجمع الدرجات وتفسر الدرجة تبعاً للشكل البياني التالي:

إذا حصل الطفل على أي درجة ما بين(١٥: ٣٠) يعني ذلك أن الطفل لا يعاني من اضطراب الأوتيزم (وإنما هناك سمات) أي لديه أعراض تتشابه بأعراض اضطراب الأوتيزم ربما لافتقاده للحب أو لافتقاده للحنان والدفء داخل الأسرة.

أما إذا حصل الطفل على أي درجة ما بين (٣٠: ٣٣) يعني ذلك أن نسبة الاضطراب لديه بسيطة.

أما إذا حصل الطفل على أي درجة ما بين (٣٣: ٣٦) يعني ذلك أن نسبة الاضطراب لديه متوسطة الحدة.

أما إذا حصل الطفل على أي درجة ما بين (٣٦: ٦٠) يعني ذلك أن نسبة الاضطراب لديه شديدة الحدة.

وقد أوضح " ناصر قطبي " أنه مثلما يمكن تمثيل الذكاء على متصل يمثل أحد طرفيه الذكاء المرتفع والطرف الآخر الذكاء المنخفض وبين الطرفين تتدرج الدرجات التي تتراوح بين المرتفع والمنخفض فيمكن أيضا تمثيل الأوتيزم على متصل آخر يمثل أحد طرفية الأوتيزم الخفيف والطرف الآخر الأوتيزم الشديد وبين الطرفين تقع المستويات التي تتراوح بين الخفيف والشديد.

٧- مقياس السلوك التكيفي

هدف المقياس:

يتضمن مصطلح الكفاءة في الأداء الوظيفي لدى الأطفال ثلاثة متغيرات على الأقل هي: (١) استعداد عقلي معرفي، (٢) مهارات أكاديمية، (٣) قدرات السلوك التكيفي.

ومن الأشياء المتفق عليها بين المتخصصين أن قياس كفاءة الطفل تتطلب شيء أكثر من مجرد تقييم الأداء العقلي المعرفي أو حتى مهارات التحصيل الأكاديمي بالإضافة إلى قياس القدرات العقلية له، وكما هو الحال بين الكبار فان بوسع الأطفال أن يظهروا أداء وظيفي في العديد من المواقف الاجتماعية المختلفة، فهم يلعبون مع أقرانهم خارج المدرسة، وهم يعملون في حديقة المنزل وعند الجيران، وهم يتكسبون من عملهم، وينفقون النقود أو يدخرونها، وهم يقومون برعاية شئون الأطفال الأصغر منهم سناً، وهم يساعدون أولياء أمورهم في شئون المنزل، وهم ينقلون الرسائل من مكان إلى آخر، وهم يتنقلون من منزل إلى آخر ومن منزل أحد الجيران إلى منزل الجار الآخر. وباختصار فان للأطفال حياتهم الخاصة خارج أسوار المدرسة، وتختلف مطالب هذه الحياة وثرائها من طفل إلى آخر، ومن موقف إلى آخر.

وتبرز أهمية قياس مهارات الأطفال في بيئة اجتماعية أوسع من بيئة الفصل الدراسي، إذا ما أردنا قياس قدرتهم على الأداء الوظيفي بصور سليمة، وهكذا يهدف المقياس الحالي إلى إعطاء صورة شاملة عن السلوك التكيفي للأطفال، من خلال المواقف المختلفة المتعددة التي يتضمنها، وغالبا ما يواجهها هؤلاء الأطفال في حياتهم اليومية.

تعريف السلوك التكيفي:

على الرغم من أن مصطلح السلوك التكيفي من المصطلحات التي تحتاج الى مزيد من التفكير كي تتحدد بصورة دقيقة، ألا أن كولتر ومورو Coulter & Morrow (١٩٧٨) قدما تعريفاً إجرائيا مقبولا ينص على "أن الطريقة أو الأسلوب الذي ينجز به الأطفال الأعمال المختلفة المتوقعة من أقرانهم في العمر الزمني يمكن أن يعبر عن سلوكهم التكيفي".

ويتضمن هذا التعريف النظر إلى السلوك التكيفي للأطفال في ضوء العمر الزمني، حيث يزداد تعقد الأعمال ومتطلباتها واتساع نطاق البيئة الاجتماعية وتعقدها مع تقدم الطفل في السن.

وجدير بالذكر أنه رغم استخدام أفضل تعاريف السلوك التكيفي، وتحديد أبعاده المختلفة التي يمكن قياسها، فأننا نفترض وجود بعض العناصر التي يصعب التحكم فيها، ويؤثر في

وصف وتحديد وقياس المهارات الاجتماعية الهامة أو الفريدة اللازمة للحياة، ومع ذلك فإن مصطلح السلوك التكيفي المستخدم في هذا العرض يمكن استخدامه بقدر كبير من الثقة، وذلك بقياس المهارات الهامة في خمس مجالات أساسية للأداء التكيفي التي تكون الأبعاد الفرعية للمقياس الحالي.

وصف المقياس:

صمم هذا المقياس لقياس نمو المهارات الاجتماعية لدى الأطفال في الأعمار الزمنية من الخامسة وحتى العاشرة، ورغم ذلك فهناك بنود تصلح للأعمار الزمنية من الثالثة وحتى الثانية عشرة. ومن ثم يوفر المقياس قاعدة كافية لقياس سلوك الأطفال في مراحل الطفولة المختلفة (المبكرة، والمتوسطة والمتأخرة)، سواء كانوا عاديين أو غير عاديين.

المجالات التي يتضمنها المقياس:

١ - **النمو اللغوي:** على الرغم من ارتباط هذا المجال بنمو المهارات الأكاديمية بدرجة كبيرة، الا أنه استخدم في هذا المقياس بهدف التعرف على الأساس الاجتماعي لنمو هذه المهارات بدلا من التركيز على المستوى الأكاديمي المطلوب وصول الطفل إليه.

٢ - **الأداء الوظيفي المستقل:** يحاول هذا المجال قياس مستوى العمر الذي يستطيع الطفل عنده تحمل المسؤولية في مواجهة متطلبات الحياة اليومية في المواقف التي عادة ما يتعرض لها.

٣ - **أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية:** يقيس هذا المجال فاعلية الطفل في مواجهة الأعمال المنزلية والأدوار الأسرية الأساسية التي تتطلب أنماط سلوكية على درجة عالية من الدقة والكفاءة.

٤ - **النشاط المهني - الاقتصادي:** يحاول هذا المجال قياس مستوى فهم الطفل للمفاهيم المتضمنة في ميادين العمل، والبيع، والشراء التي تعد من المجالات الضرورية والهامة في حياة الفرد، وكذلك قدرته على استخدامها.

٥- **التطبيع الاجتماعي:** يقيس هذا المجال نمو المهارات المتصلة بتعاون الطفل مع الآخرين في نطاق واسع من البيئة، مهاراته في تمييز المطالب الاجتماعية الهامة عن تلك المطالب البسيطة أو الأقل أهمية.

٨- اختبار فايلاند للنضج الاجتماعي

يستخدم هذا الاختبار لتحديد العمر الاجتماعي ونسبة الذكاء الاجتماعي وهو يطبق مع اختبارات الذكاء، بحيث لا يمكن اعتبار درجته درجة ذكاء، ولكن يعطي مؤشرا يوضح ارتفاع القدرة العقلية أو انخفاضها، وهو يطبق من عمر عام إلى ٢٥ عام.

هدف الاختبار:

يقيس الاختبار ٨ مجالات وهي:

١- الاعتماد على النفس بوجه عام.

٢- الاعتماد على النفس في الطعام.

٣- الاعتماد على النفس في الملبس.

٤- توجيه النفس.

٥- الانشغال بالإعمال.

٦- الاتصال.

٧- الحركة.

٨- التطبيع الاجتماعي.

وتحدد نتائج الاختبار لكل فقرة من الفقرات جوانب القوة وجوانب الضعف وجوانب البزوغ لدى المفحوص، مما يساعد العاملين في المجال بوضع برنامج مناسب، ينمي جوانب الضعف والبزوغ.

تصحيح الاختبار:

يصحح الاختبار بتدرج (غالبا- أحيانا- احتمال –لا) بدرجات (٣-٢-١-٠) وتجمع

الدرجات ويستخرج العمر الاجتماعي من جداول المعايير الخاصة بالاختبار. وتحسب نسبة الذكاء الاجتماعي.

وقد قام محمد عودة (٢٠٠٧) باصدار هذا الاختبار على اسطوانات ليزر ويطبق من خلال الكمبيوتر، ويحصل الفاحص على التقرير، ويشمل نسبة الذكاء الاجتماعي إلى جانب تحديد جوانب الضعف وجوانب القوة وجوانب البزوغ لدى المفحوص.

٩- اختبار الجشتلت البصري الحركي (بندر - جشتلت)

ولقد استعانت بندر بالأشكال البسيطة التي قدمها أصحاب نظرية الجشتلت في تقديم مادة إكلينيكية جمعتها من تطبيق هذه الأشكال البسيطة على مجموعات من الأطفال العاديين وعلى ضعاف العقول والمرضى العقليين وحالات الإصابة في المخ، وكانت النتيجة النهائية لهذه الدراسة الوصول إلى أنماط بصرية حركية تكشف عن تعديلات في النمط الأصلي الذي قدم إليهم حسب نوع الحالات التي تقوم بنقل الأشكال.

وصف الاختبار: اختارت بندر تسعة أشكال بسيطة من الأشكال التي استخدمها فرتهيمر في دراساته الأولى ١٩٢٣.

إجـراء الاختـبار: عند تطبيق الاختبار يجب أن يراعي الفاحص أن تكون جلسة المفحوص مريحة وتشبه جلسته في حالة الكتابة العادية، ويضع الفاحص أمام المفحوص ورقة بيضاء غير مسطرة (١٨,٥ × ١١) بوصة بحيث يكون الضلع الصغير من الورقة متجهاً من أعلى إلى أسفل، وكما يوضع أمامه عدد من أقلام الرصاص الصالحة للاستعمال، ويجب أن تقدم البطاقات الواحدة بعد الأخرى وتوضع البطاقة عند الطرف العلوي للورقة التي تستخدم للرسم، وتقدم للمفحوص في وضعها الصحيح، وليس ثمة ما يمنع من وجود "ممحاة" على المنضدة أمام المفحوص ولكن يجب ألا يستعين المفحوص بأدوات تعينه على الرسم مثل المساطر والزوايا.. الخ. وبعد ذلك يطلب من المفحوص استدعاء هذه الإشكال في ورقة أخرى.

وفي العادة يكون رسم الأشكال الهندسية التسعة على النحو التالي:

شكل (١): يرسم المفحوص الدائرة أولاً ثم يتبعها برسم المعين.

شكل (٢): يسير اتجاه النقط في العادة من اليسار إلى اليمين.

شكل (٣): تبدأ الأشكال الدائرية الصغيرة عادة من اليسار وترسم كمجموعات من ثلاثة أشكال دائرية صغيرة مائلة من أعلى إلى أسفل.

شكل (٤): ترسم النقطة الوحيدة إلى اليسار أولاً، ثم يضاف إليها بعد ذلك من اليسار إلى اليمين النقط الثلاثة ثم النقط الخمسة ثم النقط السبعة على التوالي.

شكل (٥): يرسم المربع المفتوح أولاً ثم يوضع شكل منحنى الجرس بعد ذلك في أسفل المربع وإلى اليمين.

شكل (٦): يرسم أولاً نصف الدائرة المنقط، ثم بعد ذلك يضاف إليه من أعلى الخط المستقيم المائل، وقد يلجأ البعض أحياناً إلى رسم الخط المائل المنقط أولاً ثم بعد ذلك يرسم الدائرة الناقصة.

شكل (٧): الخط الأفقي المتعرج يرسم أولاً ثم بعد ذلك الخط الرأسي المائل المتعرج.

شكل (٨): يرسم الشكل الرأسي أولاً ثم الشكل المائل القاطع له بعد ذلك، وقد يحدث العكس أحياناً.

شكل (٩): المستطيل الكبير أولاً ثم في منتصفه يرسم شكل المعين الصغير.

وبطبيعة الحال يجب ألا يكون المفحوص عالماً بالطريقة الصحيحة لنقل الأشكال حتى تكشف انحرافاته عنها عن أدلة تشخيصية، ومن الممكن أن يستعين الفاحص ببعض الوسائل التي تعينه على فهم الخطوات التي يتبعها المفحوص في عملية الإجراء، كأن يستعين بالأرقام أو الأسهم لتوضيح الانحرافات والاتجاهات التي سار فيها الرسم، فمثلاً الرقم (١) معناه أن المفحوص سار من اليمين إلى اليسار في عملية نقل الأشكال بدلاً من السير من اليسار إلى اليمين.

ويجب أن نتذكر أن اختبار بندر يطبق في العادة ضمن مجموعة الاختبارات التي تطبق على المفحوص بقصد الوقوف على شخصيته ولا يعطى عادة بمفرده، ويفضل البعض أن يعطى بعد اختبار "رورشاخ" أو "التات" وذلك لأنه يمكن اعتباره اختبار ترويحي لبساطته وسهولة إجرائه.

وقد يواجه المفحوص أحياناً بعض الصعوبات في نقل الأشكال، ولكن وضع الأشكال التسعة على ورقة واحدة بعد في حد ذاته جشتلتياً له قيمته وأهميته في الكشف عن شخصية المفحوص، فبعض المفحوصين يبدءوا من أعلى الورقة ويرسمون الشكل الأول وتحته مباشرة الشكل الثاني ثم الثالث وهكذا، ويبدءوا عملهم منظماً ونظيفاً مرتباً ولكن غالباً ما يكون هناك توتر وشعور بالضيق وربما ظهرت صفة قهرية تنظيم الأشكال، وقد تصبح هذه الصفة أكثر وضوحاً إذا احتلت الأشكال التسعة جزءاً أقل من نصف الورقة، وقد يكون لترقيم كل رسم دلالة عصابية، كما أن وضع خط فاصل بين كل رسم والذي يليه قد ينظر إليه كعلامة على العصاب الشديد أو حالة ما قبل الذهان، وقد يبدأ شخص الرسم من منتصف الورقة ثم يرسم الأشكال في الجزء السفلي وإذا تبقى شكل أو اثنين قام برسمهما في الجزء العلوي من الورقة، وقد لا يكون لمثل هذا العمل دلالة إكلينيكية سوى أن الشخص يفتقر إلى القدرة على التخطيط وأن عتبة التنبؤ أو التوقع عنده منخفضة.

تفسير الاختبار (التفسير الكيفي): يعتمد تفسير الاختبار على فهم أسس الجشتلت والعوامل الارتقائية التي تؤثر في التآزر البصري – الحركي، كما تعتمد على فهم ديناميات الشخصية، وبخاصة كما تنعكس في عملية الرسم، والفرد في عملية الإدراك، ينظم المنبه في ضوء خبراته الشخصية، ويختلف هذا الإدراك باختلاف المستوى الارتقائي والحالة الباثولوجية، عضوية كانت أم وظيفية، بعبارة أخرى فإن هذا النتاج النهائي يمثل كيف يدرك المنبه، وكيف ينظم، وما الذي يعنيه بالنسبة للمفحوص، وما الذي يعمله لتبسيطه، وما الذي يصفه له، كما أنه يكشف عن قدرته على إنتاج هذا المدرك ومستوى تآزره البصري – الحركي، وأنماط العمل.

وبالطبع، يتعين في تفسير نتائج الاختبار التحفظ في بعض الحالات مثل المفحوص "الأشول" وبخاصة إذا كان طفلاً، والأمي، ومن لم يتوفر لديه الخبرة العادية بالورقة والقلم، ومن يتوفر لديهم خبرات غير عادية بالرسم، مثل الرسامين والفنانين.

وتقول بندر نتيجة بحوثها ودراستها أن المحاولات الأولى للطفل تأخذ صورة "شخبطة Scribbling" ليس لها معالم محدودة، ويبدو أنها لا تمثل أكثر من لذة في مجرد اللعب الحركي – فالمدركات لم تنظم بعد، كما هو الحال بالنسبة للأطفال الأكبر سناً، وقد يضفي الطفل معنى على أي رسم له بصورة جزافية، وحين تنمو الأنماط البصرية الحركية، فإنها تنتظم أول ما تنتظم حول "الشكل اللولبي المغلق" وهو أبسط العلاقات البصرية – الحركية الجشتالتية، ثم تتوالى بعد ذلك العلاقات الأخرى، وهي تتطلب قدراً أكبر من الضبط والكف، ويستجيب الطفل حتى حوالي سن الرابعة لكل الأشكال برسم اللولب المغلق بصورة أو بأخرى توحي بالحركة المستمرة، وتشير بندر إلى أن الطفل الفصامي غالباً ما يرسم تلقائياً خطوطاً دائرية حول محور رأسي في سن أكبر من السن التي نتوقع فيها ارتقائها مثل هذا النمط، وتشير نتائج دراستها أن الطفل المتوسط في سن التاسعة يستطيع أن ينقل الرسم (١) وفي سن العاشرة كل الرسوم الأخرى ماعدا الرسم (٧)، ويغلب أن يستطيع الطفل العادي في سن ١١ نقل كل الرسوم دون أخطاء أو تحريفات دالة، وتؤكد بندر أن الاختبار لا يميز بين الأطفال الماديين في الإدراك الحركي - البصري بعد العمر العقلي ١١ وهو السن الذي يكاد ينجح عنده كل الأطفال العاديين في نقل الرسوم دون تحريف ودون أخطاء لها دلالتها، إلا أن الاختبار بالطبع يطبق على الأفراد في كل الأعمار بقصد التشخيص الإكلينيكي الفارق، ويجب ملاحظة أن الأداء على الاختبار يتأثر بمقدار التعليم وبالعمر العقلي بالإضافة إلى القدرة ودرجة الارتقاء البيولوجية، كما يتأثر أيضاً باتجاهات الفرد وديناميات شخصيته وحالته المزاجية ومختلف العوامل مثل الكبت والصلابة والانزواء مقابل سهولة التعبير الانفعالي الاعتمادية مقابل الثقة بالذات، وكذلك الاستجابات الاكتئابية والقهرية والقلق المفرط. وحدد هت عوامل للتفسير صنفها في مجموعات هي:

عوامل تناسبية وتشمل:

١- التسلسل.

٢- موضع الرسم.

٣- المسافة بين رسمين متتاليين.

٤- الالتصاق - التصادم.

٥- استخدام الهامش.

٦- تغيير موضع الورقة.

التغييرات في شكل الجشتالت وتتمثل في:

١- صعوبات الإغلاق.

٢- صعوبات التقاطع.

٣- التغييرات في الانحناءات.

٤- التغييرات في حجم الزوايا.

تصنيف الأنماط المميزة إلى فئات سيكاترية:

يصنف "هت" الأنماط المميزة إلى الفئات السيكاترية المختلفة التالية في قسمين:

أ- العوامل المعينة التي يغلب ارتباطها بالفئة.

ب- العوامل التي ترتبط بهذه الفئات أحياناً. بعض الأمثلة:

الفصـــام: وتختلف الأنماط باختلاف نوع الفصام وطول فترة المرض وشدته.

١- التدوير، رسوم بدائية، الالتصاق، تغييرات كبيرة في الزوايا، تبسيط، توصيل وإضافات (وبخاصة إذا كانت مختلطة)، تجزئة.

٢- تسلسل مرتبك، مداومة، نقص ملحوظ في الانحنائية وفي الزوايا، عدم اتساق في وجهة الحركة، تزايد تدريجي ملحوظ في مساحة الرسوم، إضافة وتضخيم صريح للرموز.

التلف العضوي في المخ: يختلف نوع التدهور باختلاف شخصية المريض ونوع وشدة وتاريخ التلف أو المرض:

١- التدوير، الرسم الكاريكاتيري، صعوبات تداخل الرسوم، المداومة الظاهرة، تحريف الجشتلت، إعادة الرسم عدة مرات، تبسيط، صعوبات في بداية الأمر يتبعها نجاح في تكملة الرسم، تصادم.

٢- تناقص ملحوظ في الحجم، صعوبات في الزوايا، تسلسل غير منتظم، نقص التناسق الحركي، استخدام غير منتظم للمساحة، صعوبات الإغلاق، اندفاعية.

العصـــاب: العوامل التالية مبنية على أساس النظر إلى العصابيين بوصفهم مجموعة واحدة:

١- تسلسل مفرط في الأحكام، أو تسلسل غير منتظم، تعديل في مساحة الرسم وبخاصة الفصامي الشديد منه، الاستخدام المفرط للهوامش، التغيير في حجم أجزاء الرسم والتغيير في الانحناءات وفي الزوايا والانتباه الزائد للتفاصيل، وصعوبات الإغلاق.

٢- صعوبات التقاطع، مقاومة سلوكية ملحوظة للاختبار، موضع غير مألوف للشكل الأول، استخدام غير مألوف للمساحة البيضاء، تدوير الورقة، الرسم الكاريكاتيري.

الضعف العقلي: تختلف العوامل باختلاف درجة الضعف العقلي وأسبابه، ويمكن استبعاد الضعف العقلي الحقيقي حتى لا يختلط بحالات الاحتباس الانفعالية، وإذا لم يكن الأشكال الأصعب مثل (٧، ٨) أدق من الأشكال الأبسط:

١- "شخبطة" ورسوم بدائية لولبية، مداومة، تسلسل غير منتظم، تبسيط، صعوبات متزايدة في الرسمين (٧، ٨) أكثر منها في الرسوم الأخرى، بطيء دون قلق.

٢- صعوبات الإغلاق، تغييرات في الزوايا، تزايد في الحجم، رسوم عفوية.

طريقة تطبيق الاختبار:

يتم تطبيق الاختبار على مرحلتين:

المرحلة الأولى: وتسمى مرحلة النسخ (Copy).

المرحلة الثانية: وتسمى مرحلة الاستدعاء أو الاسترجاع (Recall) وهناك كروت لم تستخدم هي (١) – (٥) – (٧) وذلك لعدم حدوث تقنين لهم الآن.

والآن مثال لطريقة التصحيح لكل شكل من الأشكال الستة المذكورة وهي على التوالي:

(A)– (٢) – (٣) – (٤) – (٦) – (٨)..

أولاً- تصحيح شكل (A):

درجة واحدة: يحصل المفحوص على درجة واحدة إذا عمل شخبطة أو رسم شكل لا يشبه الشكل الموجود في الكارت.

درجتين: يحصل المفحوص على درجتين إذا عمل حلقتين غير متكاملتين في الإغلاق وقد تكونا متساويتان أو متداخلتان أو بينهما مسافة كبيرة وقد تشبه أحد الحلقات المربع أو الدائرة.

ثلاث درجات: يحصل المفحوص على ثلاث درجات إذا رسم حلقتان مغلقتان في مستوى أفقي أولهما الدائرة والثانية تشبه المربع وقد تكونان متماستان أو تكون بينهما مسافة قصيرة.

أربع درجات: يحصل المفحوص على أربعة درجات إذا كان الرسم دائرة جيدة إلى حد ما ومربع جيد إلى حد ما ويتجه إلى قطر الدائرة وينبغي أن يتماثل كل من الدائرة والمربع وأن يكون حجمهما متساويان تقريباً.

خمس درجات: يحصل المفحوص على خمسة درجات إذا كان الرسم مربع جيد أو دائرة جيدة وينبغي أن تكون زوايا المربع متساوية تقريباً وينبغي أن يتماثل كل من الدائرة والمربع.

١٠- اختبار بيك للاكتئاب

يقيس مقياس بيك الاكتئاب ويحدد نوعه وشدته، ومعد هذا المقياس هو العالم والطبيب النفسي الأميركي المعروف (Aaron Beck)، الأستاذ بجامعة بنسلفانيا الأمريكية، وهو من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض

النفسية. وقام الدكتور عبد الستار إبراهيم في جامعة الملك فيصل بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية ونشره. ويتكون هذا المقياس من ٢١ بعد هم:

١- الحزن.
٢- التشاؤم من المستقبل.
٣- الإحساس بالفشل.
٤- السخط وعدم الرضا.
٥- الإحساس بالندم أو الذنب.
٦- توقع العقاب.
٧- كراهية النفس.
٨- إدانة الذات.
٩- وجود أفكار انتحارية.
١٠- البكاء.
١١- الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي.
١٢- الانسحاب الاجتماعي.
١٣- التردد وعدم الحسم.
١٤- تغير صورة الجسم والشكل.
١٥- هبوط مستوى الكفاءة والعمل.
١٦- اضطرابات النوم.
١٧- التعب والقابلية للإرهاق.
١٨- فقدان الشهية.
١٩- تناقص الوزن.
٢٠- تأثر الطاقة الجنسية.
٢١- الانشغال على الصحة.

تصحيح الاختبار: يندرج تحت كل بعد (٤) اختيارات مرتبة ترتيب تنازليا حسب مستوى الشدة (٠ – ١ – ٢ – ٣) وعلي المفحوص اختيار العبارة التي تنطبق عليه، ثم تجمع هذه الدرجات، والدرجة الكلية تمثل درجة الاكتئاب، وتفسر الدرجة من الجدول التالي:

الدرجة (0: 15)	الدرجة (16: 31)	الدرجة (32:47)	الدرجة (48: 63)
لا يوجد اكتئاب	اكتئاب بسيط	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد

١١- اختبار تايلور للقلق النفسي

يقيس مستوى القلق الذي يعاني منه الأفراد عن طريق ما يشعرون به من أعراض ظاهرة

وصريحة، وهو يصلح لجميع الأعمار والمستويات، الاختبار مأخوذ ومترجم عن قياس القلق الصريح، والذي أعدته (J.A Taylor) عام ١٩٥٩، وعرف باسمها وقد قام مصطفى فهمي ومحمد غالي بترجمة المقياس وإعداده في صورته المستخدمة في اللغة العربية وقام غالب (٢٠٠٠م) بحساب ثبات وصدق الاختبار على عينة من الطلاب وتم تعديل العبارات لتناسب البيئة العربية ويتميز هذا المقياس بالاتي:

١- يشمل كافة الأعراض الجسمية والنفسية للقلق. ٢- قدرة الاختبار في التفرقة بين الأشخاص القلقين وغير القلقين. ٣- استخدم في العديد من الدراسات العلمية والبحثية.

تصحيح الاختبار: تدرج اختيارات الإجابة حسب شدة القلق وتعطى الدرجات (٠ – ١- ٢ – ٣ - ٤).

الدرجة (صفر – 34)	الدرجة (35 – 70)	الدرجة (71– 104)	الدرجة (105 – 140)
قلق عادي	قلق خفيف	قلق متوسط	قلق شديد

١٢- اختبار ييل براون للوسواس القهري Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

وضعه جودمان وآخرون عام ١٩٨٩ م والهدف من تطبيقه على المريض بالوساوس القهرية التحديد الكمي لشدة الأعراض، وكذلك لتقييم الاستجابة لطرق العلاج المختلفة، وإعطائها درجة تقديرية تختلف من صفر حتى أربعة حسب شدة الأعراض.

وقد ترجم هذا المقياس بمعرفة مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس في القاهرة كما استخدم في دراسة قام بها باحثون من قسم الطب النفسي بالجامعة نفسها (عام ١٩٩٤ م) لدراسة أعراض الوساوس القهرية على عينه من المصريين، ومقارنتها بنتائج مماثلة في أنحاء شتى من العالم، واستخدم أحمد عكاشة هذا المقياس في دراسة حديثة (عام ٢٠٠١م)

على عينة من العرب المصريين ويتكون المقياس من(٧٤) فقره، ثم تم اختصار فقراته إلى (٤٤) فقرة، في صور أخري، أما بدائل الاستجابة خماسية وفقاً لطريقة ليكرت (يحدث لدي باستمرار– يحدث لدي كثيرا – يحدث لدي باعتدال – يحدث لدي قليلا – لا يحدث لدي إطلاقا)، وتتراوح أوزان الاستجابة على هذه البدائل من(١– ٥).

وتم إجراء التحليل العاملي للبيانات الخاصة بالفقرات ال(٤٤) بطريقة المكونات الرئيسية، وأديرت المحاور بطريقة الفاريماكس Varimax. وتبين وجود احد عشر عاملا، استبعد الباحث منها خمسة عوامل كان ترتيبها السابع والثامن والتاسع والعاشر والحادي عشر وبهذه الخطوة أصبح المقياس يتكون في صيغته النهائية من(٣٢) فقرة ذات تشبعات جوهرية موجبة، تتوزع بين ستة عوامل أحادية القطب.

العامل الأول: وساوس التحقق أو التأكد القهرية.

العامل الثاني: الوساوس العدوانية القهرية.

العامل الثالث: وساوس التلوث والخطيئة القهرية.

العامل الرابع: وساوس النظافة القهرية.

العامل الخامس: الوساوس الجنسية القهرية.

العامل السادس: وساوس التجميع والتخزين القهرية.

ويصحح الاختبار: الدرجة الكلية هي مجموع الدرجات على عبارات الاختبار وتتراوح الدرجة الكلية بين ٣٢– ١٦٠ حسب معيار الرباعيات:

الدرجة ٤٠ فاقل تشير إلى المستوى العادي من الوساوس القهرية.

الدرجة ٤١–٨١ تشير إلى المستوى الخفيف من الوساوس القهرية.

الدرجة ٨٢–١٢١ تشير إلى المستوى المتوسط من الوساوس القهرية.

الدرجة ١٢٢–١٦٠ تشير إلى المستوى الشديد من الوساوس القهرية.

١٣- قائمة أيزنك للشخصية E.P.Q للراشدين والأطفال

نشرت قائمة أيزنك عام ١٩٦٤م في أصلها الانجليزي، وظهرت لها ترجمات عديدة، ويعد استخبار أيزنك نتاج للعديد من الدراسات في مجال تصنيف الشخصية، وقد تطور هذا الاستخبار إلى الصورة الحالية والتي تشمل ثلاث أبعاد هي: (العصابية والانبساط والذهانية) إلى جانب مقياس الكذب، ولقد سعى كثير من علماء النفس في الوصول إلى الأبعاد الأساسية للشخصية، ومن وهنا كانت إضافة أيزنك للتراث تأكيد قوي للنظرة التي تسلم بوجود بعدين واضحي المعلم وهما: الانبساط/ الانطواء والعصابية (الانفعالية) أو الاتزان / عدم الاتزان.

ويتكون مقياس الراشدين من ٩١ عبارة، ويطبق من عمر ١٧ إلى ٧٠ أما مقياس الأطفال يتكون من٥٩ فقرة ويطبق من عمر ٧ إلى ١٦.

وتكون الاستجابة على الفقرات (بنعم) أو (لا) ويتم التصحيح من خلال مفتاح التصحيح، ويمكن للفاحص أن يقرأ الفقرات للأطفال أو الراشدين الأميين.

الفصل السادس

كتابة التقرير النفسي

- كيفية عرض التقرير وشروط كتابته
- المكونات الأساسية لكتابة التقرير
- أهمية التقرير ولمن يقدم
- نماذج من التقارير النفسية

كتابة التقرير النفسي

تعتبر كتابة التقرير من أهم ما يجب على الأخصائي النفسي أن يتقنه، لأنه يتطلب قواعد عليه إتباعها لكي يظهر التقرير بصورة واضحة، بسيطة، منظمة، وهناك تقرير خاص بكل اختبار يشمل النتائج الكمية والكيفية، وتقرير نهائي يشمل نتائج كل ما طبق على المفحوص من اختبارات مجمعة، وفي هذا الفصل سوف نستعرض خطوات كتابة التقارير إلى جانب بعض النماذج.

كيفية عرض التقرير وشروط كتابته

يقدم التقرير الإكلينيكي المادة التي نحصل عليها من الاختبارات السيكولوجية ومن غيرها من الأدوات التشخيصية بالطريقة التي تيسر الفهم الدينامي للمريض ولمشكلاته.

إلا أن أسلوب إعداد التقارير كان في غالب الحالات نتيجة مجهود فردي وليس نتيجة نظام أو منهج متفق عليه. وتحقيق فائدة من الجهد المبذول في العمل الإكلينيكي، يتوقف إلى حد كبير على قدرة الأخصائي على نقل نتائجه إلى شخص مسؤول يستطيع أن يستخدم ما فيها من معلومات، وليس الغرض من التقرير مجرد تسجيل أرقام أو نسب ذكاء لأن هذه الأرقام والنسب لن يكون لها معنى إذا لم تنظم ويربط بينها، وهناك اعتبارات يجب على الأخصائي الاهتداء بها في كتابة التقرير وهي:

١- أن يسجل تسجيلا كاملا استجابات المفحوص.

٢- يختلف التقرير باختلاف الموقف الذي يجرى فيه الفحص وباختلاف المفحوص.

٣- يختلف التقرير باختلاف الجهة المقدم لها.

٤- من الأفضل استخدام نموذج مقنن للتقرير توفيرا للوقت والجهد.

من المبادئ المقررة في إعداد التقرير عن الفحص السيكولوجي الفصل بين النتائج التي تتمثل في صورة أو أرقام وبين تفسير النتائج.

المكونات الأساسية لكتابة التقرير

هناك بعض العناصر الأساسية لكتابة التقرير، والتي لا يخلو منها أي تقرير وعلى الفاحص أن يزيد ويحدد شكل التقرير وهي:

١- البيانات الأساسية، وترصد في شكل عناوين وهي (الاسم – تاريخ التقييم – سن العميل – تاريخ ميلاده – عنوانه – تعليمه – مكان الفحص - الفاحص).

٢- سبب الإحالة للفحص.

٣- الجهة المحولة للفحص.

٤- نتائج الاختبارات التي طبقت على المفحوص كل نتيجة على حدة.

٥- تفسير نتائج الاختبارات بطريقة كيفية.

٦- التشخيص النهائي للمفحوص.

٧- التوصيات التي يوصي بها الفاحص في علاج أو برنامج تأهيلي للمفحوص.

نماذج للتقرير النفسي

فيما يلي عرض لبعض نماذج التقرير النفسي لبعض الاختبارات التي تم تطبيقها في أماكن مختلفة، وهذا النماذج ليست قاعدة ولكنها مثال لأساسيات تقارير الاختبارات.

الحالة الأولى

يعاني طفل من تأخر في الدراسة، فقام مدرس الفصل بتحويله للأخصائي النفسي بالمدرسة، فطبق الأخصائي النفسي دراسة الحالة لجمع المعلومات، ثم طبق اختبار ستانفورد – بينيه الصورة الخامسة وفيما يلي التقرير النفسي للقدرة العقلية.

تقرير نفسي

مقياس ستانفورد بينيه للذكاء: الصورة الخامسة (تقرير سري)

البيانات الأساسية

المفحوص:	ا. م. م	الفاحص:	ا / رانيا القاضي
تاريخ الميلاد:	2008-10-17	تاريخ التقرير:	2013-03-28
تاريخ التطبيق:	2013-03-26	المدرسة/الجامعة:	
عمر المفحوص:	4 سنة و 5 شهر و 9 يوم.	الصف الدراسي/المهنة:	
الجنس:	ذكر	الكود: 10	

الدرجات الحساسة للتغير

	الدرجات الحساسة للتغير(د ح ت)	الخطأ المعياري	المكافئ العمرى (ك م)
المقياس الكلي	459	2	ثلاث سنوات وخمسة أشهر
م غير اللفظي	450	3	ثلاث سنوات
م اللفظي	465	3	ثلاثة سنوات وتسعة أشهر
المؤشرات العاملية			
الاستدلال السائل(أ س)	458	5	ثلاث سنوات
المعرفة (م ع)	458	5	ثلاث سنوات وستة أشهر
الاستدلال الكمي (ا ك)	460	4	أربع سنوات وثلاثة أشهر
المعالجة البصرية المكانية (ب م)	461	5	ثلاث سنوات وستة أشهر
الذاكرة العاملة (ذ ع)	455	4	ثلاث سنوات وشهر

درجات الاختبارات الفرعية

الاختبار الفرعي	درجات خام	الدرجات الموزونة	التصنيف	ر م	الدرجة الحساسة للتغير	خ م
المجال غير اللفظي						
الاستدلال السائل	5	7	قدرة أقل من المتوسط	16	455	8
المعرفة	7	7	قدرة أقل من المتوسط	16	450	7
الاستدلال الكمي	12	13	أعلى من المتوسط	84	480	5
المعالجة البصرية المكانية	5	6	قدرة أقل من المتوسط	9	444	8
الذاكرة العاملة	6	7	قدرة أقل من المتوسط	16	451	8
المجال اللفظي						
الاستدلال السائل	4	9	متوسط	37	472	8
المعرفة	14	10	متوسط	50	470	4
الاستدلال الكمي	4	8	متوسط	25	458	8
المعالجة البصرية المكانية	10	11	متوسط	63	480	5
الذاكرة العاملة	9	10	متوسط	50	470	5

ملحوظة : يحول مجموع الدرجات الخام إلى درجات معيارية بمتوسط ١٠ وانحراف معياري ٣

درجات نسب الذكاء

درجات نسب الذكاء	م درجات موزونة	درجات معيارية	تصنيف	ر م	مدى الثقة
نسبة ذكاء المقياس الكلي	88	93	متوسط	32	89- 97
نسبة الذكاء غير اللفظية	40	87	أقل من المتوسط	19	82-94
نسبة الذكاء اللفظية	48	97	متوسط	42	91-103

تفسير نسب الذكاء:

نسبة ذكاء المقياس الكلي: تمثل نسبة ذكاء المقياس الكلي (ن ذ ك) كل المهام الموجودة في المقياس. فهي تغطي كل العوامل المعرفية الخمسة والتي تتوزع بالتساوي عبر مجالين لفظي وغير لفظي ويتضح من خلال الدرجة أن المفحوص لديه قدرة متوسطة في مستوى الأداء الوظيفي الحالي للقدرة العقلية. وتعتبر نسبة ذكاء المقياس الكلي مقياس ثابت للعامل العام (g) أو القدرة العامة للاستدلال وحل المشكلات والتكيف مع المطالب المعرفية للبيئة. وهي لا تقيس فقط المعرفة المكتسبة من التعليم المدرسي بل تقيس مجموع الجوانب الرئيسية الخمسة للذكاء، بما في ذلك الاستدلال، والمعلومات المخزنة، والذاكرة، والتصور، والقدرة على حل المشكلات الجديدة.

نسبة الذكاء غير اللفظية: من خلال الدرجة يتضح ان المفحوص لديه قدرة أقل من المتوسط على مهارة حل المشكلات المجردة، تذكر الحقائق والأشكال؛ حل المشكلات الكمية المقدمة في شكل صور؛ تجميع التصميمات، تذكر تسلسل الطرقات، تذكر المعلومات المقدمة في شكل صور، أرقام ورموز في مقابل المعلومات المقدمة في شكل (كلمات وجمل (مطبوعة أو منطوقة). وتتطلب نسبة الذكاء غير اللفظية قدر قليل من المهارة السمعية لفهم توجيهات الفاحص المنطوقة.

نسبة الذكاء اللفظية : يتضح من خلال الدرجة أن المفحوص متوسط في القدرة العامة للاستدلال، حل المشكلات، التصور واستدعاء المعلومات المهمة المقدمة في كلمات وجمل (مطبوعة أو منطوقة). بالإضافة إلى ذلك، تعكس نسبة الذكاء اللفظية قدرة المفحوص على شرح الاستجابات اللفظية بوضوح وتقديم سبب منطقي لخيارات الاستجابة، وشرح الاتجاهات المكانية.(وتتطلب الاختبارات الفرعية لنسبة الذكاء اللفظية أن يفهم المفحوص توجيهات الفاحص المنطوقة ومن ثم نطق الاستجابات على الأسئلة بوضوح.

درجات المؤشرات العاملية

درجات نسب الذكاء	مجموع الدرجات الموزونة	الدرجات المعيارية	التصنيف	الرتب المئينية	مدى الثقة
الاستدلال السائل	16	91	متوسط	27	100–84
المعرفة (م.ع)	17	91	متوسط	27	100–84
الاستدلال الكمي (أ.ك)	21	102	متوسط	55	110–94
المعالجة البصرية المكانية (ب.م)	17	92	متوسط	30	101–85
الذاكرة العاملة (ذ.ع)	17	89	أقل من م	23	98–82

ملحوظة : يحول مجموع الدرجات الموزونة إلى درجات معيارية بمتوسط ١٠٠ وانحراف معياري ١٥

تفسير درجات المؤشرات العاملية:

الاستدلال السائل (أس) : متوسط في القدرة على حل المشكلات اللفظية وغير اللفظية باستخدام الاستدلال الاستقرائي أو الاستدلال الاستنباطي، وفي تحديد القواعد الأساسية والعلاقات بين أجزاء المعلومات (مثل الموضوعات البصرية) غير المألوفة للفرد. وفي قدرته على الاستدلال بشكل استقرائي) كما في المصفوفات أو أنشطة التشابه اللفظي) وفي قدرته على الاستدلال من الجزء إلى الكل أو من الخاص إلى العام أو من حالة فردية إلى قاعدة

عامة. وفي قدرته على الاستدلال على نتيجة أو معنى متضمن أو مثال محدد. وكذلك في قدرته على فحص صور تصف أنشطة إنسانية واستنتاج المشكلة الأساسية أو الموقف من خلال سرد قصة.

المعرفة (م.ع): متوسط في القدرة المتبلورة وهي المخزون التراكمي من المعلومات العامة المكتسبة من البيت، المدرسة أو العمل، مثل المفردات، والتي اكتسبت و خُزنت على مدار حياة الفرد في الذاكرة طويلة المدى.

الاستدلال الكمي (أ.ك): متوسط في التعامل مع الأرقام وحل المشكلات العددية بصرف النظر عن نمط المشكلة وما إذا كانت تأخذ صورة كلامية أو تعتمد على العلاقات المصورة. وحل المشكلات في المواقف العملية أكثر من التركيز على معرفة قواعد الرياضيات كما يتم اكتسابها من خلال التعليم.

المعالجة البصرية المكانية (ب.م): متوسط في قدرته على رؤية الأنماط، أو العلاقات، أو الاتجاهات المكانية أو الشكل الكلي بين أجزاء متنوعة من المعلومات المعروضة بصريا.

الذاكرة العاملة (ذ.ع): أقل من المتوسط في قدرته على فحص أو تخزين أو تحويل للمعلومات المتنوعة المخزنة في الذاكرة قصيرة المدى.

تحديد درجة القوة والضعف للقدرات المعرفية اللازمة للأداء على اختبارات المقياس اللفظية وغير اللفظية

معالجة المعلومات	ق أو ض	حل المشكلات	ق أو ض
التصور البصري للمثيرات المجردة	–	استراتيجيات البحث (أ س غ ل)	–
التصور البصري للمثيرات ذات المعنى	–	استراتيجيات البحث (م ع غ ل)	–
فحص الموضوعات عن طريق اللمس	–	المراجعة العقلية للاستجابات المحتملة	–
الانتباه للهاديات اللفظية (أ س ل)	–	ربط الأجزاء اللفظية بالكل	+
الانتباه للهاديات اللفظية (ب م ل)	+	التمييز البصري (أ س غ ل)	–
الانتباه للهاديات البصرية (أ س غ ل)	–	التمييز البصري (م ع غ ل)	–
ضبط النزعات الاندفاعية (ذع غ ل)	–	تتبع التسلسلات البصرية (أ س غ ل)	–
ضبط النزعات الاندفاعية (ذ ع ل)	+	تتبع التسلسلات البصرية (ذع غ ل)	–
التركيز لفترات طويلة (أ س غ ل)	–	التعرف على النمط	–
التركيز لفترات طويلة (أ ك غ ل)	ق	التأمل اللفظي العقلي	–
التركيز لفترات طويلة (أ ك ل)	–	رصيد المعلومات العامة	+
التحرر من التشتت (ذ ع غ ل)	–	الطلاقة اللفظية	–
التحرر من التشتت (ذ ع ل)	+	سرعة استرجاع الكلمات والتفسيرات (أ س ل)	–
التحرر من الإهمال البصري (م ع غ ل)	–	سرعة استرجاع الكلمات والتفسيرات (م ع ل)	+
التحرر من الإهمال البصري (ب م غ ل)	–	القدرة على التخطيط	–
تحمل الغموض	–	استراتيجيات المحاولة والخطأ	–
المثابرة على أداء المهام الصعبة (ذ ع غ ل)	–	تركيب المعلومات	–
المثابرة على أداء المهام الصعبة (ذ ع ل)	+	نسخ النماذج	–
سرعة الحركة	–	مدى الاحتفاظ بالمعلومات (ذ ع غ ل)	–
دقة الحركة (م ب غ ل)	–	مدى الاحتفاظ بالمعلومات (ذ ع ل)	+
دقة الحركة (ذ ع غ ل)	–	التصور البصري للكل من خلال الأجزاء	–
المسح البصري النظامي	–	التعرف على الأجزاء وتقديرها(ب م غ ل)	–
مدى اتساع الانتباه السمعي	+	التعرف على الأجزاء وتقديرها (ب م ل)	+
		إنتاج الاستجابات التقليدية (أ ك غ ل)	ق
		إنتاج الاستجابات التقليدية (أ ك ل)	–

التوصيات:

يحتاج المفحوص إلى برنامج تأهيلي يشمل تنمية القدرات التالية:

- **ضبط النزعات الاندفاعية:** والتي تتطلب قدرة من المفحوص على المراقبة العقلية لحركاته، كلامه واستجاباته الأخرى لكي لا تسيطر ردود أفعاله الانفعالية أو حاجاته الداخلية على تصرفاته أي تأجيل الإشباع والتحكم في توقيت الاستجابة.

- **التحرر من القابلية للتشتت:** والتي تتطلب قدرة من المفحوص على حجب وتجنب المثيرات المشتتة، الضوضاء، أو المطالب الخارجية حتى يمكن تكملة المهام دون توقف؛ تركيز الانتباه.

- **المثابرة على أداء المهام الصعبة:** والتي تتطلب قدرة من المفحوص على التحلي بالصبر والمثابرة مع المهام الصعبة والمشاكل المعقدة التي تتطلب جهد مركز ومثابرة للوصول إلى الحل.

- **سرعة الحركة:** القدرة على تحريك الأشياء بسرعة أو أجزاء الجسم للاستجابة وتكملة المهام بسرعة.

- **دقة الحركة:** دقة حركة الأصابع، اليدين وأجزاء الجسم الأخرى في أداء المهام وتكملة الواجبات الصعبة بطريقة متقنة وفعالة.

- **تتبع التسلسلات البصرية:** والتي تتطلب قدرة من المفحوص على التحكم في الإدراك البصري لكي يتمكن من الفحص الكامل لسلسلة من الصور أو الأحداث البصرية، واستبقائها في الذاكرة، ثم مراجعتها وتقييمها عقليا.

- **مدى الاحتفاظ بالمعلومات:** مدى قدرة الفرد على استخدام السعة الكاملة للذاكرة العاملة والذاكرة طويلة المدى بحيث يمكن تخزين مقدار كبير من المعلومات فيهما والاحتفاظ بها لاستخدامها لاحقا.

كما يتطلب الأداء أيضا وجود القدرات الثانوية التالية:

- **الانتباه للهاديات البصرية :** والتي تتطلب قدرة من المفحوص على توجيه الانتباه للبحث بصرياً عن معنى الصور والرسوم الإيضاحية، والموضوعات.... الخ.

- **التركيز لفترات طويلة :** والتي تتطلب قدرة من المفحوص على ممارسة السيطرة العقلية على العمليات العقلية ليدرس ويفحص ويكمل أو يستجيب للمهام الموجودة في البيئة

- **التحرر من الإهمال البصري:** والتي تتطلب قدرة من المفحوص على التحرر من الحالة النيوروسيكولوجية (والتي ربما تكون ناتجة عن خلل وظيفي مخي) والتي يكون فيها جزء من المجال البصري مهمل أو غير مدرك (على سبيل المثال، الربع الأيمن السفلي). وهذه الحالة تجعل جزء من الصورة غير مرئي بالنسبة للمفحوص

- **التمييز البصري:** والتي تتطلب قدرة من المفحوص على التمييز الدقيق بين عناصر المجال البصري والجوانب المكونة لها: لتحديد العناصر المتطابقة أو المتمايزة داخل هذا المجال البصري

- **التأمل اللفظي العقلي:** والتي تتطلب قدرة من المفحوص على التحدث إلى الذات بكلام غير مسموع أثناء محاولة حل المشاكل أو تكملة المهام؛ واستخدام الهاديات اللفظية، وفنيات الذاكرة للمساعدة في تذكر سلسلة من المعلومات.

الحالة الثانية

مريض تم إيداعه بالمستشفى وقام متدرب متطوع بإجراء الفحص النفسي له، لكتابه تقرير ملخص عن حالته.

تقرير تقييم نفسي

البيانات الأولية :

الاسم: م.ن.ي **تاريخ الميلاد:** ١/ ١/ ١٤٢٠

الجنسية: سعودي **تاريخ التقييم:** ١٤٣٤/٥/١

الحالة الاجتماعية: غير متزوج **جوال:**

سبب التقييم أو الحالة: يعاني المريض من مشاكل مع كل من حوله ويتوهم مطاردة الآخرين له وإلحاق الأذى والضرر به وقام بمحاولات انتحار وتم إرساله لمستشفى الصحة النفسية.

الملاحظات السلوكية أثناء التقييم

التعاون مع الفاحصة	متعاون	غير متعاون	رافض
الانتباه	جيد	متوسط	متشتت
المبادرة والاندفاع	مبادر	متردد	مندفع
مستوى الطمأنينة والقلق	مطمئن	قلق بدرجة بسيطة	قلق جداً
مستوى النشاط الحركي	تلقائي	خجول في البداية	خجول جداً
اللغة الاستقبالية والتعبيرية	جيد	يعاني من صعوبة في التعبير عن نفسه	

أساليب التقييم:

الأدوات المستخدمة في التقييم:

١- مقابلة المفحوص.

٢- سجلات المستشفى.

٣- مقياس وكسلر للذكاء.

٤- مقياس الجشتلت البصري الحركي (بندر- جشتلت).

٥- مقياس MPI2.

نتائج التقييم:

أداة التقييم	النتائج
وكسلر	المفحوص لا يعاني من تدهور عقلي أو تشتت في الانتباه ويتمتع بذاكرة جيدة.
الجشتطلت	وجود عصاب
MPI2	شخص فصامي عادي ينقصه الاهتمام بالقضايا النظرية والفلسفية وينقصه الخيال وعياني

الانطباع العام:

المريض متفائل للشفاء – طموح – نشط – متعاون جداً – لديه استبصار بالمرض – ولديه رغبة في العلاج – كما انه لديه رغبة في التواصل والتفاعل مع الآخرين. ولكنه خجول ولديه صعوبة في التعبير عن احتياجاته، وحاول الانتحار أكثر من مرة.

التوصيات:

- يحتاج المريض لعلاج دوائي.
- حث الأسرة على الاهتمام بالمريض والتواصل معه وزيارته.
- إخضاع الحالة لجلسات علاج معرفي سلوكي (فردي – جماعي).
- مشاركة الحالة في برنامج رياضي (سباحة – كرة..... الخ

الحالة الثالثة

في إحدى مراكز التأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة، طلب من الأخصائي النفسي تقييم مهارات حالة. فيطبق الأخصائي مقياس السلوك التكيفي، وفيما يلي تقريره:

تقرير تقييم مهارات

البيانات الأولية:

الاسم: س ع **تاريخ الميلاد:** ٥ / ٥ / ١٤٢٨هـ

الجنسية: سعودي **تاريخ التقييم:** ٥ / ٥ /١٤٣٤هـ

سبب التقييم أو الحالة: يعاني المفحوص إعاقة عقلية بسيطة، ويحتاج مدرس التربية الخاصة بالمركز تقييم لمهاراته.

الملاحظات السلوكية أثناء التقييم

المفحوص غير متعاون مشتت الانتباه – متردد- قلق بدرجة متوسطة – خجول – لديه قصور واضح في اللغة، لا يطيع الأوامر، يمكن إقامة علاقة معه بسهولة - مهندم إلي حد ما.

أساليب التقييم:

الأدوات المستخدمة في التقييم:

١- مقابلة المفحوص.

٢- دراسة الحالة.

٣- مقياس السلوك التكيفي.

نتائج التقييم:

أداة التقييم	النتائج
مقياس السلوك التكيفي للأطفال	ولقد اظهر نتائج المقاس أن هناك فرق دال بين العمر الزمني (6) والعمر التكيفي (4)، وهذا الفرق يرجع إلي الإعاقة العقلية، والي ضعف في الأطراف العلوية السفلي، مما أدي إلي تأخر أداه علي أبعاد المقياس. فالمفحوص يعاني من ضعف في الأبعاد التالية: النمو اللغوي – الأداء الوظيفي المستقل – أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية – النشاط المهني – الاقتصادي، ولكنه يتفوق في بعد التطبيع الاجتماعي.

التوصيات:

يحتاج المفحوص إلى:

١- رسم E.E.G لتقييم كهرباء المخ.

٢- جلسات تخاطب.

٣- عدة برنامج لتنمية جوانب القصور في المهارات التالية (برنامج تأهيلي لتدريبه علي الأداء الوظيفي المستقل - برنامج لتدريبه علي الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية – برنامج مهني لتأهيله علي اكتساب مهارة البيع والشراء والزراعة...الخ)

٤- حث الأسرة على الاهتمام بالمفحوص والمشاركة في تنفيذ البرامج.

٥- تعليم المفحوص اللعب التعاوني من خلال السيكودراما.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١- ارون بيك ترجمة وإعداد: عبد الستار إبراهيم: **مقياس بيك للاكتئاب**، كلية الطب، جامعة الملك فيصل، الرياض،١٩٩٩.

٢- الأمانة العامة للتربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم، المجموعة الفرعية الرابعة للأسرة الوطنية للتربية الخاصة، **دليل التدريب الميداني في مجال التربية الخاصة**، المملكة العربية السعودية، ١٤٢٥هـ.

٣- ايرك شبلر وروبرت ريشلر ترجمة وإعداد: سهير محمد التوني، رانيا القاضي، ولاء الربفي: **مقياس كارز (C.A.R.S) لتشخيص شدة الاوتيزم**، مكتبة الرشاد، بنها، ٢٠٠٧.

٤- أيزنك.هـ. ج. تعريب احمد محمد عبد الخالق: **استخبار أيزنك للشخصية، للأطفال والراشدين**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩١.

٥- بيريل س. بيرمان ترجمة محمد نجيب الصبوة وجمعه سيد يوسف: **قواعد التشخيص والعلاج النفس**، ط١، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠٠٤.

٦- جودمان وآخرون إعداد وترجمة أحمد عكاشة: **اختبار بيل للوسواس القهري**، مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس، ٢٠٠١.

٧- عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر: **علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي**، ط٣، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة،٢٠٠٥.

٨- عبد العزيز الشخص: **مقياس السلوك التكيفي**، مكتبة الانجلو، القاهرة ١٩٩٦.

٩- لوريتا بندر إعداد: مصطفي فهمي وسيد محمد غنيم: **اختبار الجشتلت البصري الحركي (بندر - جشتلت)**، مكتبة النهضة العربية، القاهرة،١٩٩٩.

١٠- لويس كامل مليكه: **علم النفس الإكلينيكي**، الهيئة المصرية العمة للكتاب، القاهرة، ١٩٨٠.

١١- لويس كامل مليكه: **علم النفس الإكلينيكي**، تقييم الشخصية، الجزء الأول، مكتبة دار النهضة، ١٩٨٦.

١٢- لويس كامل مليكه: **مقياس ستانفورد- بينيه، ص ٤**، مكتبة النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٤.

١٣- لويس كامل مليكه: **علم النفس الإكلينيكي، تقييم الشخصية**، الجزء الثاني، مكتبة دار النهضة العربية، ١٩٩٧.

١٤- محمد السيد عبد الرحمن وهشام إبراهيم عبد الله: **دليل عمل الأخصائي النفسي المدرسي**، تطوير المناهج والمواد التعليمية، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، ٢٠٠٣.

١٥- محمود أبو النيل، محمد طه، عبد الموجود عبد السميع: **مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (الصورة الخامسة)** المؤسسة العربية لإعداد وتقنين ونشر الاختبارات النفسية، القاهرة، ٢٠١٠.

١٦- محمد حسن غانم، خالد محمد القليوبي: **دليل الطالب للتدريب الميداني للعلوم النفسية والاجتماعية والتربوية**، مكتبة خوارزم، جده، ٢٠١١.

١٧- محمود عبد الرحمن حمودة: **النفس (أسرارها.. أمراضها)** مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال القاهرة،٢٠٠٤.

١٨- محمد نجيب الصفوة: **علم النفس الإكلينيكي المعاصر (أساليب التشخيص والتنبؤ)**، ط٢، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة،٢٠١١.

١٩- مسعود وائل: **أهمية التدريب الميداني وأثره علي نمو الشخصية المهنية والكفيات التعليمية لطلاب قسم التربية الخاصة في جامعة الملك سعود**، المجلة العربية للتربية الخاصة، العدد ٥.

٢٠- مصطفي سويف ومحمد عبد الحليم: **اختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي**، مكتبة مركز البحوث النفسية، جامعة القاهرة، القاهرة، ١٩٩٠.

٢١- كمال عبد الرحمن فرج: **قدرة مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة على التنبؤ بالإبداع لدي الأطفال العاديين والمعاقين ذهنيا**، دكتوراه، منشورة، كلية الآداب جامعة المنيا، ٢٠٠٥.

٢٢- **كمال عبد الرحمن، سهيرمحمد التوني :** قدرة مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الإصدار **الخامس على التمييز بين الأطفال ذوى الإعاقة السمعية والعاديين**، مجلة الدراسات النفسية، العدد، القاهرة،٢٠١١.

٢٣- **كيرك ومكارثي ترجمة وإعداد عزة عبد الحليم :** مقياس الإلينوي، **مكتبة طب عين شمس**، قسم التخاطب، جامعة عين شمس، القاهرة، ١٩٩٦.

الجزء العملي

التقرير النهائي عن الفترة التدريبية

لطلاب وطالبات قسم علم النفس

إعداد (الطالب / الطالبة):

الإســـــم: (   )

الرقم الجامعي: (   )

سجل تقارير
مادة التدريب الميداني للمؤسسات النفسية
(طلاب وطالبات التدريب الميداني)
(انتظام - انتساب)

الفصل الدراسي:............ العام الدراسي:..........١٤/.......... ١٤هـ

المجال التدريبي:

☐ صحي (المستشفيات – مراكز علاج الإدمان- مراكز التأهيل- دور الرعاية)

☐ تربوي (مدارس – معاهد – جامعات)

☐ عسكري (السجون – أقسام الشرطة- رعاية الأحداث – القوات المسلحة)

اسم الطالب / الطالبة: ....

الرقم الجامعي: ....

إجمالي عدد ساعات التدريب: ....

فترة التدريب من / / 14هـ / / 14هـ

اسم المؤسسة التي تدرب فيها الطالب / الطالبة ....

اسم المشرف على التدريب داخل المؤسسة: ....

المسمى الوظيفي ....

توقيع وختم المؤسسة ....

أستاذ مادة التدريب: ....

الدرجة: ....

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

التقرير

وصف المنشأة التدريبية

١- الميدان الذي تعمل فيه المؤسسة : ....

٢- نطاق العمل الجغرافي: ....

٣- نشأة المؤسسة وتطورها: ....

....

....

....

٤- وصف عام لمباني المؤسسة وموقعها:

أ- عدد مباني المؤسسة: ....

ب- الحي أو الشارع: ....

ج- عدد العاملين (أخصائيين): ....

د- عدد العاملين (أطباء نفسيين): ....

هـ- الممارسة في المؤسسة ثانوية أم أولية في كلا الحالتين اذكر طبيعة الممارسة داخل المؤسسة: ....

....

....

و- وصف وتقييم للمباني والأجهزة والمعدات والخدمات: ....

....

....

٥- الخدمات التي تقدمها المؤسسة :

أ- ....

ب- ....

ج- ....

٦- نوعية المستفيدين من خدمات المؤسسة :

أ- ....

ب- ....

ج- ....

٧- شروط تقديم خدمات المؤسسة : (إن وجدت).

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

هـ- ....

٨- الإجراءات التي تتبع مع المستفيدين من خدمات المؤسسة منذ تقديمهم لطلب خدمة المؤسسة حتى انتهائها :

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

هـ- ....

و- ....

٩- التنظيم الإداري للمؤسسة :

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

١٠- أقسام المؤسسة :

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

١٢- مصادر تمويل المؤسسة :

☐ حكومي ☐ أهلي ☐ مشترك

١٣- المؤسسات الأخرى التي لها علاقة بالمؤسسة :

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

هـ- ....

١٤- دور الأخصائي النفسي بالمؤسسة :

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

هـ- ....

١٥- معلومات أخرى عن المؤسسة لم ترد أعلاه : (إن وجدت)

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

هـ- ....

١٦- أهم الإيجابيات التي تتميز بها المؤسسة :

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

هـ- ....

١٧- الصعوبات التي تواجه المؤسسة في تقديم خدماتها :

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

هـ- ....

١٨- اقتراحات الطالب لمواجهة هذه الصعوبات:

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

هـ- ....

١٩- اذكر باختصار أهم أوجه الاستفادة من خلال تدريبك في المؤسسة:

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

٢٠- انتقد بأسلوبك طريقة العمل في المؤسسة والحلول البديلة التي تقترحها لتعزيز العمل فيها:

أ- ....

ب- ....

ج- ....

د- ....

هـ- ....

٢١ - اكتب ما تشاء فيما يتعلق بدراستك لمادة التدريب الميداني:

....

السجل الوصفي اليومي

اليوم: **التاريخ:** / / ١٤هـ

عدد الساعات التدريبية (..................) ساعة القسم (.................)

الوصف التفصيلي لما تم في اليوم التدريبي:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

السجل الوصفي اليومي

اليوم: **التاريخ:** / / ١٤هـ

عدد الساعات التدريبية (..................) ساعة القسم (.................)

الوصف التفصيلي لما تم في اليوم التدريبي:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

السجل الوصفي اليومي

اليوم: **التاريخ:** / / ١٤هـ

عدد الساعات التدريبية (..................) ساعة القسم (.................)

الوصف التفصيلي لما تم في اليوم التدريبي:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

السجل الوصفي اليومي

اليوم: **التاريخ:** / / ١٤هـ

عدد الساعات التدريبية (..................) ساعة القسم (.................)

الوصف التفصيلي لما تم في اليوم التدريبي:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

السجل الوصفي اليومي

اليوم: **التاريخ:** / / ١٤هـ

عدد الساعات التدريبية (..................) ساعة القسم (................)

الوصف التفصيلي لما تم في اليوم التدريبي:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

السجل الوصفي اليومي

اليوم: **التاريخ:** / / ١٤هـ

عدد الساعات التدريبية (..................) ساعة القسم (.................)

الوصف التفصيلي لما تم في اليوم التدريبي:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

السجل الوصفي اليومي

اليوم: **التاريخ:** / / ١٤هـ

عدد الساعات التدريبية (..................) ساعة القسم (................)

الوصف التفصيلي لما تم في اليوم التدريبي:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

السجل الوصفي اليومي

اليوم: **التاريخ:** / / ١٤هـ

عدد الساعات التدريبية (.................) ساعة القسم (................)

الوصف التفصيلي لما تم في اليوم التدريبي:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

الخاتمة

الخاتمة :

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

توقيع المتدرب

....

ملاحق التقرير

ملحق (١)

الخطاب الذي يتم توجيهه لمؤسسة التدريب

بعد تعبئة النموذج أدناه يتم توقيعه من وحدة التدريب بالكلية والتوجه لمؤسسة التدريب من قبل الطالب. النموذج موجود في موقع كلية الآداب "وكالة التطوير" وحدة التدريب.

سعادة / .... حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

انطلاقا من مبدأ التعاون بين الجامعة ومؤسسات المجتمع وإداراته المختلفة، وحرصًا من الجامعة على تهيئة الظروف المناسبة والملائمة لطلاب وطالبات الجامعة، لتطبيق ما تعلموه في القاعات الدراسية من خلال التدريب الميداني، ونظرًا لدوركم المهم في هذا الشأن، نفيد سعادتكم بأن:

الطالب: .... الرقم الجامعي : ....

من قسم علم النفس /بكلية الآداب والعلوم الإنسانية

قد سجل مادة التدريب العملي للفصل الدراسي (.................) للعام (.............)

ويرغب في القيام بالتدريب في إدارتكم الموقرة. فنأمل من سعادتكم التكرم بمساعدته وتوجيه مشرف التدريب لديكم لإتمام عملية تدريبه وتعبئة نماذج التقييم المرفقة، علمًا بأن الحد الأدنى لعدد ساعات التدريب أربعون ساعة والحد الأعلى ستون ساعة وذلك خلال عشرة أسابيع من مباشرته لديكم.

شاكرين لكم سلفًا كريم تعاونكم.

وتقبلوا خالص تحياتي وتقديري ،،،،،،،،،،

عميد كلية

الآداب والعلوم الإنسانية

ملحق (٢)

استمارة تقييم متدرب

يتم تقديم هذا النموذج مع خطاب التدريب للجهة المعنية بغرض تقييم الطالب، ويتم توقيعها وختمها من الجهة وتسليمها لأستاذ مادة التدريب في القسم. النموذج موجود في موقع كلية الآداب "وكالة التطوير" وحدة التدريب.

بيانات المتدرب	- الاسم: - الرقم الجامعي: - القسم العلمي: علم النفس - الجوال:
مشرف التدريب	- الاسم: - الجوال أو البريد الالكتروني:
جهة التدريب	- جهة التدريب: - قسم التدريب:

تقييم أداء المتدرب من قبل جهة التدريب

يرجى استخدام المقياس بهدف تقييم أداء المتدرب من خلال وضع علامة (√) أمام الاختيار الملائم ومن ثم يرجى حساب درجة التقييم من خلال الآلية التالية: (مقبول= درجة واحدة، جيد= درجتان، جيد جداً = ثلاث درجات، ممتاز = أربع درجات)

العبارة	التقدير				ملاحظات
	مقبول	جيد	جيد جداً	ممتاز	
التطبيق العملي للمعرفة العلمية					
التواصل مع الآخرين بشكل إيجابي					
الإنتاجية وجودة العمل					
القدرة على العمل في الفريق					
إنجاز ما يوكل إليه من مهام					
المناقشة وإبداء الرأي					
الشخصية والمظهر العام					
الالتزام بمواعيد التدريب					
الجدية في التدريب					
الالتزام بأنظمة جهة التدريب					

- تقييم أداء المتدرب أثناء التدريب العملي / الدرجة المستحقة (.........)
- تاريخ بدء وانتهاء التدريب: من / / 14 إلى: / / 14
- المشرف علي التدريب: - التوقيع:................
- مدير جهة التدريب: - التوقيع:...........

تقييم مشرف التدريب

تقييم أداء المتدرب من خلال تقرير التدريب العملي الدرجة المقررة (60) الدرجة المستحقة (......)

الدرجة النهائية (مجموع الدرجات المستحقة) (.........)

مشرف التدريب بالقسم: التوقيع:..............

ملحق (٣)

استمارة تقييم جهة متدرب

يعبأ هذا النموذج من قبل الطالب ويسلم مع التقرير لاستاذ المادة بالقسم. النموذج في موقع الكلية "وكالة التطوير" وحدة التدريب.

بيانات المتدرب	- الاسم: - القسم العلمي: - الجدول:	- الرقم الجامعي: - التخصص: - البريد الإلكتروني:
مشرف التدريب بالقسم	- الاسم: - الجوال:	- القسم العلمي: علم النفس - البريد الإلكتروني:
جهة التدريب	- جهة التدريب:	- قسم التدريب:

تقييم أداء المتدرب من قبل جهة التدريب

يرجى تقييم المتدرب من جهة التدريب من خلال وضع علامة (√) أمام الاختيار الملائم مع استخدام الجزء المخصص لكتابة ملاحظاتك:

العبارة	المستوى				ملاحظات
	ممتاز	جيد	متوسط	ضعيف	
كفاءة هيئة التدريب					
جودة برنامج التدريب					
التجهيزات الفنية					
ملائمة مكان التدريب					
التنظيم والمتابعة					
الاستقبال والضيافة					
تعاون الإدارة					

التعامل مع الجهة مستقبلاً: أوصي ☐ لا أوصي ☐

- توقيع المتدرب: - التاريخ: / / 14

ملاحظة:..
....
....

مشرف التدريب بالقسم: التوقيع والتاريخ:

مشرف وحدة التدريب والخريجين: وكيل كلية الآداب للتطوير

التوقيع والتاريخ:

ملحق (٤)

نموذج لدراسة الحالة في مستشفى الصحة النفسية

١- بيانات أساسية:

الاسم: ....

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

تاريخ الميلاد: ....

الجنسية: ....

الحالة الاجتماعية: ☐ متزوج ☐أرمل ☐خاطب ☐منفصل ☐غير مرتبط

هل لديك أطفال؟ ☐لا ☐نعم (عددهم:) (أعمارهم:)

مكان الإقامة: ....

٢- سبب الإحالة: ....

....

....

٣- تاريخ التعليم:

أعلى مستوي دراسي وصلت إليه؟..

....

عند الفشل في الدراسة اذكر السبب؟ ....

....

....

٤- التاريخ المهني:

هل تعمل؟ ☐نعم ☐لا

منذ متى تعمل في هذه الوظيفة؟ ....

....

إذا كان هناك تنقل بين الوظائف حديثاً (٦ شهور) لماذا تركت العمل السابق؟ ....

....

....

هل هناك فترة معينة من عمرك لم تكن قادراً على الذهاب إلى العمل أو المدرسة؟

☐ نعم ☐ لا

متى كان ذلك؟ وماذا كان السبب؟ ....

....

....

٥- المستوى الاقتصادي:

ما هو مستواك الاقتصادي؟ ☐ عالي ☐ متوسط ☐ منخفض

هل تعاني من أي مشاكل اقتصادية؟ ☐ نعم ☐ لا

في حال الإجابة بنعم صف ذلك ومنذ متى؟ ....

....

....

كيف تعول نفسك الآن؟ ....

....

٦- الشكوى الأساسية ووصف المشكلة:

وصف المشكلة ....

....

....

متى بدأت المشكلة ومتى لاحظت أن هناك مشكلة؟ ....

....

....

....

متى آخر مرة شعرت فيها أنك أحسن حالا؟ ....

....

....

هل الشكوى الحالية جديدة أم أنها عودة لشيء حدث لك من قبل؟ ....

....

ما الذي جعلك تأتي الآن بطلب العلاج؟ ....

....

٧- العوامل البيئية المرسبة:

هل حدث تغير قبل أن تبدأ الشكوى الحالية؟ ....

....

....

هل تعتقد أن هذا له علاقة بشكواك الحالية؟ ....

....

ما أنواع المشكلات الأخرى التي كانت موجودة عند بداية الشكوى؟ ....

....

....

٨- مسار العملية المرضية الحالية:

ماذا حدث بعد بدء المشكلة الحالية هل حدث شيء آخر سبب لك زيادة الشكوى؟ ....

....

....

ما الفترة التي شعرت فيها أنها أسوأ وقت مررت به منذ بداية الشكوى الحالية؟ ...

....

٩- إيذاء الذات أو الآخرين:

هل سبق وأن فكرت أو حاولت الانتحار؟ ☐ نعم ☐ لا

في حال الإجابة بنعم صف ذلك: ....

....

....

متى آخر مرة فكرت أو حاولت الانتحار؟ ....

....

هل سبق وأن فكرت أو حاولت إيذاء أحد ما؟ ☐ نعم ☐ لا

في حال الإجابة بنعم صف ذلك: ....

....

....

١٠- تاريخ العلاج النفسي والجسدي:

متى كانت أول مرة تذهب فيها للعلاج بسبب مشكلات نفسية أو انفعالية؟ ....

....

ماذا كان السبب؟ ....

....

....

ما العلاج الذي أخذته وقتها؟ ....

....

....

هل حدث أن دخلت مستشفى للطب النفسي؟ ☐ نعم ☐ لا

السبب؟ ....

....

هل لديك أي مشاكل طبية؟ ....

....

ما هي الأدوية التي تتناولها؟ ....

....

....

١١- الكحول والإدمان:

هل عولجت من تناول الخمور أو الحبوب؟ ☐ نعم ☐ لا

في حال الإجابة بنعم أين ومتى؟ ....

....

هل تتناول أي مشروبات كحولية حالياً؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم صف ذلك ....

....

١٢- تاريخ الطفولة والمراهقة:

أين نشأت؟ مع الأب والأم أم مع آخرين؟ مع التوضيح؟ ....

....

هل كانت هناك مشاكل أثناء ولادتك؟ ....

....

هل أصبت بأي أمراض أو إصابات في طفولتك؟ ....

....

ما العلاج الذي أخذته عندئذ؟ ....

....

صف لنا كيف كانت التفاعلات في داخل الأسرة؟ (طبيعة العلاقات بينهم)؟ ....

....

....

هل سبق وأن عانيت من أي عنف (انفعالي - جسدي - جنسي) أو إهمال؟

☐ نعم ☐ لا

في حال الإجابة بنعم صف ذلك وممن كان ذلك؟ ....

....

....

ما هو المستوى الاقتصادي للأسرة في طفولتك ومراهقتك؟ ....

....

كيف مرت مرحلة المراهقة؟ ....

....

....

١٣ - خانة إضافية تعبأ حسب رؤية المعالج لاحتياج الحالة

أ- الناحية الجنسية:

هل تعاني من أي مشاكل جنسية؟ ☐ نعم ☐ لا

في حال الإجابة بنعم صف ذلك: ....

....

هل سبق وأن عانيت أو تعاني حالياً من أي أمراض جنسية؟ ☐ نعم ☐ لا

اذكرها؟ ....

....

ب- الملاحظات السلوكية:

(المظهر العام – النظافة – حركات الجسم (وجود لازمات حركية) – التواصل مع الفاحص – ترابط الكلام والأفكار – نبرة الصوت (مرتفع، منخفض) – التواصل البصري – مستوى الانتباه – مستوى الحركة والنشاط – الحالة المزاجية – الانفعالات – الإصابات والعاهات الجسدية).

....

....

....

....

....

....

المتدرب

....

ملحق (٥)

نموذج لدراسة الحالة الفردية في المدرسة

١ – بيانات أساسية:

الاسم: ....

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

تاريخ الميلاد: ....

العمر: .... **الجنسية:** ....

الصف الدراسي: .... **المدرسة:** ....

٢ – سبب الإحالة والمصدر ....

....

٣ – الشكوى الأساسية ووصف المشكلة:

وصف المشكلة: ....

....

....

متى بدأت المشكلة ومتى لوحظ أن هناك مشكلة؟ ....

....

....

٤ – جمع المعلومات عن المشكلة والاضطرابات:

أولاً: مستوى التحصيل الدراسي؟

أ- منخفض ☐ ب - متوسط ☐

ج- مرتفع ☐ د- مرتفع جداً ☐

المواد الدراسية المتفوق فيها: ....

المواد الدراسية المتعثر فيها: ....

ثانياً: الحالة الجسمية والصحية:

....

....

هل يوجد تشوهات جسدية ؟ ومن السبب في حدوثها؟ ....

....

ثالثاً: سلوكيات الطالب مع مدرسيه وزملائه في المدرسة:

....

....

رابعاً: سلوكياته داخل أسرته ؟

....

....

خامساً: سلوكيات خاصة بالطالب:

هل يعاني من فرط حركة ونقص انتباه؟ ....

....

هل يعاني من سلوكيات (عنف – تمرد – اعتماد – عدم الثقة بالنفس....الخ) ......

....

....

....

هل يرفض الذهاب للمدرسة؟ ....

....

....

هل سبق وطبق عليه اختبارات (ذكاء – أو شخصية) وما هي نتائجها ....

....

....

هل يشارك في الأنشطة المدرسية؟ ....

....

....

سادساً : ما هو أسلوب التلميذ في التعامل مع الضغوط والمشكلات :

الشعور بالإحباط والعجز واليأس.

الهروب والانسحاب من الموقف.

تحليل الموقف للوصول إلى حل.

طلب المساعدة من الأصدقاء أو المعلمين.

طلب المساعدة والعون من الأسرة.

اللامبالاة وعدم الاكتراث (عدم الأهمية).

لوم الذات والندم.

التردد في اتخاذ القرار.

الصلاة والدعاء.

الإفراط في النوم أو تناول الطعام.

أساليب أخرى... اذكرها.

سابعاً : الطفولة والمراهقة :

أين نشأ؟ مع الأب والأم أم مع آخرين؟ مع التوضيح؟ ....

....

....

هل أصيب بأي أمراض أو إصابات في الطفولة؟ ....

....

صف لنا كيف كانت التفاعلات في داخل الأسرة؟ (طبيعة العلاقات بينهم)؟ ....

....

....

هل سبق وأن عانيت من أي عنف (انفعالي- جسدي - جنسي) أو إهمال؟

☐ نعم ☐ لا

في حال الإجابة بنعم صف ذلك وممن كان ذلك؟ ....

....

....

ما هو المستوى الاقتصادي للأسرة؟ ....

....

ثامنا: الملاحظات السلوكية:

(المظهر العام - النظافة - حركات الجسم (وجود لزمات حركية) - التواصل مع الفاحص - ترابط الكلام والأفكار - نبرة الصوت (مرتفع، منخفض) - التواصل البصري - مستوى الانتباه - مستوى الحركة والنشاط - الحالة المزاجية - الانفعالات - الإصابات والعاهات الجسدية).

....

....

....

....

المتدرب

....

ملحق (٦)

نموذج دراسة الحالة في مركز تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة

١ - بيانات أساسية:

الاسم: ....

الجنس: ☐ **ذكر** ☐ **أنثى**

تاريخ الميلاد: ....

الجنسية: ....

السكن: ....

٢ - سبب الإحالة: ....

....

....

٣ - قبل الحمل:

هل عانت الأم من أمراض وما هي؟ ....

....

هل الحمل طبيعي أم بمساعدة ....

....

٤ - أثناء الحمل والولادة؟

ولادة طبيعية أم قيصرية وهل حدث نقص أكسجين وهل حدثت صفراء....الخ..

....

....

....

٥- بعد الولادة ؟

الأدوية الذي تم تناولها والصدمات التي تعرض لها الطفل ....

....

....

....

٦- مراحل النمو:

النمو اللغوي ....

....

....

النمو الحركي

....

....

....

النمو العقلي

....

....

....

النمو الاجتماعي

....

....

....

٧- الشكوى الأساسية ووصف المشكلة:

وصف المشكلة : ....

....

....

....

متى بدأت المشكلة ومتى لاحظت أن هناك مشكلة؟ ....

....

....

....

٨- العوامل البيئية المرسبة:

هل حدث تغير قبل أن تبدأ الشكوى الحالية؟ ....

....

....

....

هل تعتقد أن هذا له علاقة بالشكوى الحالية؟ ....

....

....

ما أنواع المشكلات الأخرى التي كانت موجودة عند بداية الشكوى؟ ....

....

....

....

٩- مسار العملية المرضية الحالية:

ماذا حدث قبل بدء المشكلة الحالية؟ ....

....

....

....

متى بدء خضوع المفحوص للتأهيل؟ ....

....

....

....

١٠- الملاحظات السلوكية:

(المظهر العام - النظافة - حركات الجسم (وجود لزمات حركية) - التواصل مع الفاحص - ترابط الكلام والأفكار - نبرة الصوت (مرتفع، منخفض) - التواصل البصري - مستوى الانتباه - مستوى الحركة والنشاط - الحالة المزاجية - الانفعالات - الإصابات والعاهات الجسدية).

....

....

....

....

....

....

....

المتدرب

....

ملحق (٧)

نموذج ملاحظة سلوك

أ- استمارة ملاحظة تحديد السلوك المشكل:

الاسم: ....

النوع: ....

تاريخ الفحص: **السنة**............**الشهر**..............**اليوم**..................

تاريخ الميلاد: **السنة**............**الشهر**..............**اليوم**..................

العمر الزمني: **السنة**............**الشهر**..............**اليوم**..................

المرحلة الدراسية: ....

مكان الملاحظة: ....

الملاحظ: ....

م	السلوك	سوابق السلوك	لواحق السلوك	مع من يحدث	تكرار السلوك	شدة السلوك
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

ملحق رقم (٧) نموذج ملاحظة السلوك

ب- استمارة الخط القاعدي للسلوك بعدد المرات:

15															
14															
13															
12															
11															
10															
9															
8															
7															
6															
5															
4															
3															
2															
1															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

ج- استمارة تحليل الفجوات

م	السلوك	الحالي	المطلوب
1			
2			
3			

د- استمارة خطة العلاج المقترح:

م	الفترة	السلوك المشكل	نوع العلاج	التدعيم	ملاحظات
1					
2					
3					
4					

هـ- استمارة جلسة تعديل سلوك :

اسم الطفل:.. **تاريخ اليوم:** / / ١٤هـ

هدف الجلسة :

١- ....

٢- ....

٣- ....

الأدوات المستخدمة :

....

....

....

محتوى جلسة تعديل السلوك:

....

....

التوصيات للجلسة القادمة :

....

....

ملاحظات المشرف:

....

....

المدربة **المشرف**

....

و- استمارة متابعة المشرف :

اسم الطفل: ....

اسم المدربة : ....

تاريخ المتابعة : / /

ملاحظات المشرف:

١- ....

٢- ....

٣- ....

٤- ....

٥- ....

توصيات المشرف:

١- ....

٢- ....

٣- ....

المشرف

....

ملحق (٨)
استمارة اختبار السلوك التكيفي

الاسم: ....

النوع: ....

تاريخ التطبيق: **السنة**............. **الشهر**.............. **اليوم**..................

تاريخ الميلاد: **السنة**............. **الشهر**.............. **اليوم**..................

العمر الزمني: **السنة**............. **الشهر**.............. **اليوم**..................

مستوى التعليم: ....

مكان الفحص: ....

الفاحص: ....

التحليل الكمي

المجال	النمو اللغوي	الأداء الوظيفي المستقل	أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية	النشاط المهني – الاقتصادي	التطبيع الاجتماعي	درجة السلوك التكيفي الكلية
الدرجة						

تفسير النتائج:

....

....

....

....

....

المتدرب

....

تأليف وكسلر

اقتباس واعداد

الدكتور لويس كامل مايكة

والدكتور محمد عماد الدين إسماعيل

ملحق (٩)

استمارة اختبار بلفيو وكسلر للراشدين

كراسة الإجابة

مقياس وكسلر – بلفيو

لذكاء الراشدين والمراهقين

مجموعة .... رقم ....

الاسم: .... السن: (   )، تاريخ الاختبار: (/ /)

المهنة: .... الجنسية: .... أعلى مرحلة دراسية: ....تاريخ الميلاد: (/ /)

مكان الاختبار:................ الفاحص:.............. الاختبار السابق: ....

بيانات أخرى: ....

جدول الدرجات الموزونة

الدرجة الموزونة	المعلومات	الفهم العام	إعادة الأرقام	الاستدلال الحسابي	المتشابهات	المفردات	ترتيب الصور	تكميل الصور	رسوم المكعبات	تجميع الأشياء	رموز الأرقام	الدرجة الموزونة
20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 صفر	35 34 32-33 19-31 17-18 15-16 12-14 9-10 7-8 4-6 2-3 1 صفر	20 19 18 17 15-16 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 صفر	67 66 65 64 63 62 61 60 9 8 77 6 5 4 2- 3	14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 0 4 3 2 1 صفر	24 22-23 21 19-20 18 16-17 15 13-14 12 10-11 9 7-8 6 4-5 3 1-2 صفر	32-40 32-34 30-32 31-33 15-30 23-34 19-21 15-18 12-14 9-11 6-8 3-5 صفر	21 19-20 18 16-17 15 14 12-13 11 10 8-9 7 5-6 4 3 1-2 صفر	15 14 13 12 11 10 9 8 6-7 5 4 3 2 1 صفر	40-43 38-39 35-37 33-34 30-32 28-29 25-33 23-24 20-22 18-19 15-17 13-14 11-12 8-10 5-7 3-4 1-2 صفر	26 24-25 23 21-22 20 19 17-18 16 15 13-14 12 10-11 9 8 6-7 4-5 3 2 1-صفر	65-67 61-64 57-60 54-56 50-53 47-49 43-46 39-42 36-38 32-35 28-31 25-23 21-24 15-20 13-14 10-12 3-9 2-صفر	20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 صفر

(الدرجة الخام: الأعمدة من المعلومات إلى رموز الأرقام)

• يمكن للفاحص أن يرسم (سيكوجراف) على الجدول السابق، وذلك بتوصيل الدرجات الخام المناسبة

الملخص

الاختبار	الدرجة الخام	الدرجة الموزونة
المعلومات		
الفهم		
الاستدلال		
الحسابي		
إعادة		
الأرقام		
المتشابهات		
المفردات		
الدرجة النقطية		
ترتيب الصور		
تكميل الصور		
تجميع الأشياء		
رموز الأرقام		
الدرجة العلمية		
الدرجة الكلية		

• تعديل الدرجة طباعة لعدد الخطابات النقطية والعملية المطبقة

المقياس اللفظي نسبة ذكاء،

المقياس العملي نسبة ذكاء،

المقياس الكلي نسبة ذكاء،

تحليل الاختبارات والملاحظات: ....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

ملحق رقم (٩) استمارة تطبيق اختبار بلفيو وكسلر للراشدين

1- المعلومات	الدرجة
- (العاصمة) لا تحتسب الإجابة في تقدير الدرجة	
- عدد شهور السنة	
- أسماء فصول السنة	
- الترمومتر	
- السكر	
- البن	
- درجة حرارة جسم الإنسان	
- عدد أسابيع السنة	
- إيطاليا	
- اليابان	
- العاج	
- الهند	
- القلب	
- القاهرة – باريس	
- غليان الماء	
- السكان	
- البرازيل	
- اكتشاف امريكي	
- أشهر دولتين	
- المسجد الأقصى	
- التوراة	
- جامعة الدول العربية	
- الأمم المتحدة	
النسبية	
محكمة المال الدولية	
العقوبات	

2- الفهم	الدرجة
1- ظروف جواب	
2- السينما	
3- الناس البطالين	
4- الضرائب	
5- الأحذية	
6- الأرض في المدينة	
7- الغابة	
8- القوانين	
9- رخصة السيارة	
10- الأطرش	

3- إعادة الأرقام	إعادة الأرقام بالعكس
2,8,5	9,2,6
4,9,6	5,1,4
9,3,4,6	9,7,2,3
6,8,3,7	8,6,9,4
3,7,4,9,1,6	6,8,3,5,1
7,8,4,3,9,3	3,4,8,1,6
8,2,1,7,1,9,5	8,1,4,9,3,5
6,8,3,9,7,1,4	6,5,8,4,3,7
7,4,6,3,9,1,8,5	5,6,3,9,3,1,8
1,8,6,5,9,3,8,3	3,8,1,9,3,7,4
4,8,5,3,6,8,5,7,3	8,5,3,6,7,3,4,9
8,6,5,3,4,9,3,1,7	3,5,6,9,1,8,3,7

4- الحساب

	الزمن		الدرجة		الزمن		الدرجة
1 (15)					6 (30)		
2 (15)					7 (60)		
3 (15)					8 (60)		
4 (30)					9 (120)		
5 (40)					10 (120)		

5- المتشابهات	الدرجة
1- برتقال – موز	
2- بالطو – بدلة	
3- كلب – أسد	
4- سيارة (عربة) – بسكليت	
5- جريدة – راديو	
6- هواء – ماء	
7- خشب – كحول (سيرتو)	
8- عين – ودن	
9- ببطة – بذرة	
10- شعر – تمثال	
11- مدح – عتاب	
12- ذبابة (دبانة) – شجرة	

١٠ - اختبار رموز الأرقام

٢	١	٥	٣	٤	٦	٨	٩
N	-	U	C	L	Y	X	-

نموذج

٢	٣	٣	١	٢	٤	٣	٥	٣	١	٢	١	٣	٢	١	٤	٢	٣	٥	٢	٣	١	٤	٦	٣

١	٥	٤	٢	٧	٦	٣	٥	٧	٢	٨	٥	٤	٦	٣	٧	٢	٨	١	٩	٥	٨	٤	٧	٣

٦	٢	٥	١	٩	٢	٨	٣	٧	٤	٦	٥	٩	٤	٨	٣	٧	٢	٦	١	٥	٤	٦	٣	٧

صحيحة		½ صحيحة		المجموع	

ترتيب الصور			
	الزمن	الترتيب	الدرجة
المنزل (1)			
امسك حرامي (1)			
السحر (1)			
الفكهاني (2)			
تاكسي (2)			
سمك (2)			

تكميل الصور	
الأنف	عقرب الثواني
الشاب	الماء
الأذن	صورة الذراع
الماسة	باقي الكرافتة
الرجل	الفلاووظ أو المسماران
الذيل	حاجب العين
المدخلة	قفل الرجل
الأكرة	

المكعبات							
البطاقة	الزمن			البطاقة	الزمن		
1 (75)				5 (150)			
2 (75)				6 (150)			
3 (75)				7 (195)			
4 (75)							

تجميع الأشياء			
الأشياء	الزمن	المكان	الدرجة
الصبي (1)			
الوجه (2)			
اليد (3)			

حساب التدهور (ارجع إلى دليل المقياس ص 76:70)			
الاختبارات الثابتة	الدرجة	الاختبارات غير الثابتة	الدرجة
المعلومات		اعادة الارقام	
المفردات (أو الفهم)		الحساب	
تكميل الصور		رموز الأرقام	
تجميع الأشياء		رسوم المكعبات (المتشابهات – ترتيب الصور)	
المجموع		المجموع	

نسبة التدهور = $\frac{\text{الثابت – غير الثابت}}{\text{الثابت}}$ X 100 = ... X 100 = %

نسبة التدهور العادي = التدهور الناتج = ... = %

ملحق رقم (٩) استمارة تطبيق اختبار بلفيو وكسلر للراشدين

	المفردات	الدرجة
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		

صحيحة	غير صحيحة	المجموع	

ملحق (١٠)

استمارة اختبار ستانفورد – بينيه الإصدار الرابع

كراسة تسجيل الإجابات **تاريخ الاختبار: (/ /) مجموعة التصنيف**

مقياس ستانفورد – بينية للذكاء – الصورة الرابعة **تاريخ الميلاد: (/ /) العنوان..........**

إعداد: روبرت ل، ثورنديك، اليزابيث ب هاجن، وجيروم، ساتلر **السن: (/ /) الحي.........**

تعريب وتعديل: أ د / لويس كامل مليكة

الاسم.............النوع..... المدرسة أو الكلية...............

الاستدلال اللفظي	د خ	د ع م	العوامل المؤثرة في الأداء على الاختبار: تقدير عام لظروف الاختبار						
المفردات	.....	.....		ممتازة	جيدة	متوسطة	سيئة	سيئة جدا	
الفهم	.....	.....	الانتباه						
السخافات	.....	.....	انتباه تام	1	2	3	4	5	سهل التشتت
العلاقات اللفظية	.....	.....	الاستجابة للاختبار						
مجموع الدرجات العمرية المعيارية	.....	.....	مستوى نشاط عادى	1	2	3	4	5	مستوى نشاط شاذ
درجة الاستدلال اللفظي العمرية المعيارية	.....	.....	يبادى بالنشاط	1	2	3	4	5	يحتاج إلى طلب الشيء منه
الاستدلال المجرد/ البصري	.....	.....	سريع الاستجابة	1	2	3	4	5	يحتاج إلى الحث
تحليل النمط	.....	.....	الاستقلال الانفعالي	1	2	3	4	5	
النسخ	.....	.....	واثق اجتماعياً	1	2	3	4	5	غير آمن
المصفوفات	.....	.....	واقعي في ثقته بنفسه	1	2	3	4	5	لا يثق في قدراته
ثنى وقطع الورق	.....	.....	يرتاح إلى صحبه الكبار	1	2	3	4	5	لا يرتاح إلى صحبة الكبار
مجموع الدرجات العمرية المعيارية	.....	.....	مطمئن	1	2	3	4	5	قلق
درجة الاستدلال المجرد/البصري العمرية المعيارية	.....	.....	سلوك حل المشكلة						
الاستدلال الكمي	.....	.....	مثابر	1	2	3	4	5	يستسلم بسهولة
الاختبار الكمي	.....	.....	واقعي في استجابته للفشل	1	2	3	4	5	غير واقعي في استجابته للفشل
سلاسل الإعداد	.....	.....	حريص على الاستمرار	1	2	3	4	5	يسعى إلى التخلص من العمل المطلوب
بناء المعادلات	.....	.....	يواجه المهام الصعبة بالتحدي	1	2	3	4	5	يفضل فقط الأعمال السهلة
مجموع الدرجات العمرية المعيارية	.....	.....	الاستقلالية عن مساندة الفاحص						
درجة الاستدلال الكمي العمرية المعيارية	.....	.....	يحتاج لأقل قدر من التشجيع	1	2	3	4	5	يحتاج باستمرار إلى الثناء والتشجيع
الذاكرة قصيرة المدى	.....	.....	لغة التعبير						
ذاكرة الخرز	.....	.....	تواصل ممتاز	1	2	3	4	5	تواصل ضعيف جدا
ذاكرة الجمل	.....	.....	لغة التلقي	1	2	3	4	5	
ذاكرة الأرقام	.....	.....	تمييز الأصوات	1	2	3	4	5	ضعيف جدا في تمييز الأصوات
ذاكرة الأشياء	.....	.....	تمييزاً ممتازاً						تمييزه للأصوات
مجموع الدرجات العمرية المعيارية	.....	.....	هل كانت إقامة علاقة طيبة مع هذا المفحوص صعبة؟	1	2	3	4	5	

درجة الذاكرة قصيرة المدى العمرية المعيارية ....

مجموع الدرجات العمرية المعيارية في المجالات الأربعة ......

الدرجة المركبة .... توقيع الفاحص: توقيع المراجع:

الدرجة المركبة الجزئية .... توقيع المشرف:

الدرجة المركبة الجزئية على أساس ....

ملحق (١١)

استمارة اختبار ستانفورد – بينيه (الإصدار الخامس)

مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء

الصورة الخامسة

الإصدار العربي

الاسم: .... النوع: ذكر - أنثى

المدرسة / الكلية .... المرحلة الدراسية ....

أعلى شهادة دراسية حصل عليها المفحوص ....

المهنة .... العنوان ....

الكود .... الفاحص ....

	اليوم	الشهر	السنة
تاريخ الاختبار			
تاريخ الميلاد			
العمر			

كراسة تسجيل الإجابة

الجزء (أ)

المجال غير اللفظي (خ ل)

الدرجات الظاهرة	أ س	م ع	أ ك	ب م	ذ ع
المستوى ١	تحديد المسار				
المستوى ٢					
المستوى ٣					
المستوى ٤					
المستوى ٥					
المستوى ٦					
المجموع الكلي للدرجات العام					
الدرجات الموزونة غير كاملة الجزء	+	+	+	+	=

مجموع الدرجات الموزونة غ ل

المجال الكلي (ل)

الدرجات العامة	أ س	م ع	أ ك	ب م	ذ ع
المستوى ٢					
المستوى ٣					
المستوى ٤					
المستوى ٥					
المستوى ٦					
المجموع الكلي للدرجات العام					
الدرجات الموزونة غير التغطية الجزء	+	+	+	+	=

مجموع الدرجات الموزونة ل

	أ س	م ع	أ ك	ب م	ذ ع
مجموع الدرجات الموزونة التغطية وغير التغطية					

الجزء (ب)

	مجموع الدرجات الموزونة	الدرجة المعيارية	الرتبة المئينية	مدى الثقة
ن ذ خ ل				
ن ذ ل				
ن ذ ك				
أ س				
م ع				
أ ك				
ب م				
ذ ع				

الجزء (ج) حساب نسبة ذكاء البطارية المختصرة

يتم حساب (ن ب م) بجمع الدرجة الموزونة (أ س خ ل) مع الدرجة الموزونة (م ع ل)

الدرجة الموزونة ل (س غ ل)

+

الدرجة الموزونة ل (م ع ل)

=

مجموع الدرجات الموزونة ل (ن ذ ب م)

%.....

الجزء	الدرجة المعيارية	الرتبة المئينية	مدى الثقة
ن ذ ب م			

الجزء (د): حساب الدرجات الحساسة للتأثير والمكافآت والعصرية

تستخدم الدرجات العام فقط في حساب (د ح ث) للعوامل الخمسة ونسب ذكاء الأربعة كما هو موضح بالجدول

	أ س	م ع	أ ك	ب م	ذ ع	غ ل	ل	ذ ك
اجمالي الدرجة العام غ ل	+	+	+	+		=		
+ اجمالي الدرجة العام ل	+	+	+	+		=		
= اجمالي الدرجة العام للعامل	+	+	+	+		=		
الجزء (ح) د ح ث								
خ م								
المكافئ العمري								

الدرجات الحساسة للتغيير (د ح ت) للبطارية المعاصرة (ب م)

	ب م
اجمالي الدرجة العام أ س غ +	
اجمالي الدرجة العام م ع ل =	
مجموع الدرجة العام	
الجزء (د) د ح ث	
خ م	
المكافئ العمري	

ملحق (١٢)

استمارة اختبار الإلينوي للقدرات السيكو لغوية

صفحة التلخيص

الاختبارات	المستوى التمثيلي						المستوى التلقائي					
	الصوت سمعي			البصر حركي			الصوت سمعي			البصر حركي		
	الدرجة القياسية	التقييم السني	الدرجة الخام	الدرجة القياسية	التقييم السني	الدرجة الخام	الدرجة القياسية	التقييم السني	الدرجة الخام	الدرجة القياسية	التقييم السني	الدرجة الخام
الاستقبال السمعي												
الاستقبال البصري												
الذاكرة البصرية												
التداعي السمعي												
الذاكرة السمعية												
التداعي البصري												
الإغلاق البصري												
التعبير اللغوي												
الإغلاق اللغوي												
التعبير اليدوي												
اختبارات إضافية الإغلاق السمعي مزج الأصوات												

مجموع الدرجات الخام	العمر النفس لغوي المركب	مجموع الدرجات القياسية	متوسط الدرجات القياسية	الدرجات القياسية المتوسطة

جدول ملامح القدرات

الدرجات القياسية	أعمار النمو				درجات الاختبار												السنوات والشهور
					المستوى التلقائي						المستوى التمثيلي						
	أعمار أخرى	السمو النفس لغوي	العمر العقلي	العمر الفعلي	اختبارات إضافية		ذاكرة متتابعة		إغلاق		تعبير		تداعي		استقبال		
٦٤																	١٠
٦٠																	٦,٩
٥٦																	٩
٥٢																	٦,٨
٤٨																	٨
٤٤																	٦,٧
٤٠																	٧
٣٦																	٦,٦
٣٢																	٦
٢٨																	٦,٥
٢٤																	٥
٢٠																	٦,٤
١٦																	٤
١٢																	٦,٣
٨																	٣
٤																	٦,٢

المتدرب

....

ملحق (١٣)

استمارة تقرير اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MPI2

الاسم: ....، **النوع:** ....

تاريخ الفحص: (/ /)، **تاريخ الميلاد:** (/ /)، **العمري الزمني:** (/ /)،

مستوى التعليم: ....، **الحالة الاجتماعية:** ....

مكان الفحص: ....، **الفاحص:** ....

التحليل الكمي

مقاييس الصدق		المقاييس الإكلينيكية		المقاييس الفرعية	
المقياس	الدرجة	المقياس	الدرجة	المقياس	الدرجة
؟		HS		A	
L		D		R	
F		H		ES	
K		PD		ALC	
		MF			
		PA		APS	
TRIN		PT		MDS	
VRIN		SC		O-H	
FB		MA		DO	
		SI		RE	
				MT	
				GF-GM	
				GF	
				PK	
				PS	
				SI1	
				SI2	
				SI3	

التحليل الكيفي: ....

....

....

....

التشخيص النهائي: ....

....

....

....

المتدرب

....

ملحق (١٤)

استمارة اختبار تقييم شدة الاوتيزم في الطفولة (C.A.R)

الاسم: ....

النوع: ....

تاريخ الفحص: **السنة** .... **الشهر** .... **اليوم** ....

تاريخ الميلاد: **السنة** .... **الشهر** .... **اليوم** ....

العمر الزمني: **السنة** .... **الشهر** .... **اليوم** ....

مكان الفحص: ....

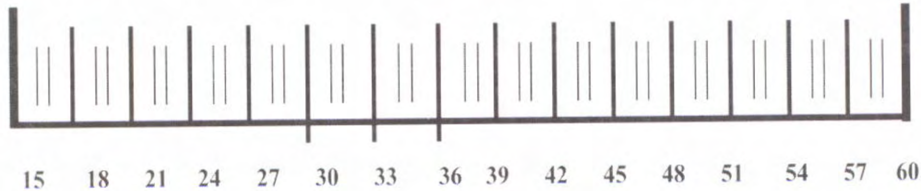
الفاحص: ....

التحليل الكمي:

درجات التقييم

م1	م2	م3	م4	م5	م6	م7	م8	م9	م10	م11	م12	م13	م14	م15	مجموع الدرجات

مدرج التشخيص



التحليل الكيفي: ....

....

....

التشخيص: ....

....

....

ملحق (١٥)

استمارة اختبار فايلاند للنضج الاجتماعي

الاسم: ....

النوع: ذكر.................. أنثى.........................

السنة الدراسية: ....

محل الإقامة: ....

سبب التحويل: ....

تاريخ إجراء الاختبار: ....

تاريخ الميلاد: ....

العمر الزمني: ....

مكان الفحص: ....

العمر الاجتماعي القاعدي: .... الدرجة الكلية: ....

نسبة الذكاء الاجتماعي: ....

الأب: موجود مستوى تعليمه: ☐ أمي ☐ يقرأ ويكتب ☐ شهادة أقل من المتوسط

☐ شهادة متوسطة ☐ شهادة جامعية

غير موجود بسبب: ☐ وفاة ☐ طلاق ☐ أخرى

الأم: موجودة مستوى تعليمها: ☐ أمية ☐ تقرأ وتكتب ☐ شهادة أقل من المتوسط

☐ شهادة متوسطة ☐ شهادة جامعية

غير موجودة بسبب: ☐ وفاة ☐ طلاق ☐ أخرى

ملحق رقم (١٥) استمارة تطبيق اختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي

التحليل الكمي:

مستوى العمر	المعادلة الإحصائية	نتائج المعادلة بالأيام
صفر – 1	× 21	
2 – 1	× 21	
3 – 2	× 36	
4 – 3	× 60	
5 – 4	× 60	
6 – 5	× 72	
7 – 6	× 90	
8 – 7	× 72	
9 – 8	× 90	
10 – 9	× 120	
11 – 10	× 90	
12 – 11	× 120	
15 – 12	× 72	
المجموع =	الدرجات	

نسبة الذكاء الاجتماعي = $\frac{\text{العمر الاجتماعي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$

التحليل الكيفي:

جوانب القوة: ....

....

....

....

جوانب الضعف: ....

....

....

....

جوانب البزوغ: ....

....

....

....

التوصيات: ....

....

....

....

المتدرب

....

ملحق (١٦)

اختبار الجشتلت البصري الحركي (بندر - جشتلت)

الاسم: ....، **النوع:** ☐ ذكر ☐ أنثى

المستوى الدراسي: ....**محل الإقامة:** ....

الجهة المحول منها: ....**تاريخ إجراء الاختبار:** (/   /   )

تاريخ الميلاد: (/   /   ) **العمر الزمني:** .... **مكان الفحص:** ....

التحليل الكمي:

الإشكال	1	2	3	4	5	6	7	8	9
درجات النسخ									
درجات الاستدعاء									

الدرجة الكلية للنسخ	الدرجة الكلية للاستدعاء

الإشكال	1	2	3	4	5	6	7	8	9
التحليل والدلالة									

التشخيص النهائي:

....

....

....

....

....

المتدرب

....

ملحق (١٧)

أ- استمارة اختبار أيزنك للشخصية (الراشدين)

ورقة إجابة

الاسم:............................ العمر:............. الجنس:......................

مستوى التعليم:.................. المهنة:............ مكان التحويل:..........................

الرقم	الإجابة		الرقم	الإجابة		الرقم	الإجابة		الرقم	الإجابة		الرقم	الإجابة	
1	نعم	لا	21	نعم	لا	41	نعم	لا	61	نعم	لا	81	نعم	لا
2	نعم	لا	22	نعم	لا	42	نعم	لا	62	نعم	لا	82	نعم	لا
3	نعم	لا	23	نعم	لا	43	نعم	لا	63	نعم	لا	83	نعم	لا
4	نعم	لا	24	نعم	لا	44	نعم	لا	64	نعم	لا	84	نعم	لا
5	نعم	لا	25	نعم	لا	45	نعم	لا	65	نعم	لا	85	نعم	لا
6	نعم	لا	26	نعم	لا	46	نعم	لا	66	نعم	لا	86	نعم	لا
7	نعم	لا	27	نعم	لا	47	نعم	لا	67	نعم	لا	87	نعم	لا
8	نعم	لا	28	نعم	لا	48	نعم	لا	68	نعم	لا	88	نعم	لا
9	نعم	لا	29	نعم	لا	49	نعم	لا	69	نعم	لا	89	نعم	لا
10	نعم	لا	30	نعم	لا	50	نعم	لا	70	نعم	لا	90	نعم	لا
11	نعم	لا	31	نعم	لا	51	نعم	لا	71	نعم	لا	91	نعم	لا
12	نعم	لا	32	نعم	لا	52	نعم	لا	72	نعم	لا			
13	نعم	لا	33	نعم	لا	53	نعم	لا	73	نعم	لا			
14	نعم	لا	34	نعم	لا	54	نعم	لا	74	نعم	لا			
15	نعم	لا	35	نعم	لا	55	نعم	لا	75	نعم	لا			
16	نعم	لا	36	نعم	لا	56	نعم	لا	76	نعم	لا			
17	نعم	لا	37	نعم	لا	57	نعم	لا	77	نعم	لا			
18	نعم	لا	38	نعم	لا	58	نعم	لا	78	نعم	لا			
19	نعم	لا	39	نعم	لا	59	نعم	لا	79	نعم	لا			
20	نعم	لا	40	نعم	لا	60	نعم	لا	80	نعم	لا			

N	E	P	L

الأخصائي النفسي

ب- استمارة اختبار أيزنك للشخصية (الأطفال)

ورقة إجابة

الاسم:.............................. العمر: .... الجنس: ....

مستوى التعليم:......................... مكان التحويل:...................................

الرقم	الإجابة		الرقم	الإجابة		الرقم
1	نعم	لا	21	نعم	لا	41
2	نعم	لا	22	نعم	لا	42
3	نعم	لا	23		لا	43
4	نعم	لا	24	نعم	لا	44
5	نعم	لا	25	نعم	لا	45
6	نعم	لا	26	نعم	لا	46
7	نعم	لا	27	نعم	لا	47
8	نعم	لا	28	نعم	لا	48
9	نعم	لا	29	نعم	لا	49
10	نعم	لا	30	نعم	لا	50
11	نعم	لا	31	نعم	لا	51
12	نعم	لا	32	نعم	لا	52
13	نعم	لا	33	نعم	لا	53
14	نعم	لا	34	نعم	لا	54
15	نعم	لا	35	نعم	لا	55
16	نعم	لا	36	نعم	لا	56
17	نعم	لا	37	نعم	لا	57
18	نعم	لا	38	نعم	لا	58
19	نعم	لا	39	نعم	لا	59
20	نعم	لا	40	نعم		

L	P	E	N

الأخصائي النفسي

ملحق (١٨)

أ- نموذج متابعة الحدث داخل المؤسسة

ورقة إجابة

الاسم: .... العمر: .... الجنس: ....
مستوى التعليم: .... المهنة: .... مكان التحويل: ....

١ - متابعة الحدث بقسم الاستقبال ....

٢ - تعريفه بأهداف المؤسسة والغرض من تواجده فيها ....

....

٣- توجيه نظره وتبصيره بمستقبله ....

....

....

٤- إلحاق الحدث بالجماعة المناسبة ومتابعة توافقه معها ....

....

....

٥- طريقة التعامل مع الحدث (العلاقة بين العاملين بالمؤسسة والمودعين) ....

....

....

٦- أساليب الثواب والعقاب للحدث بالمؤسسة ....

....

....

٧- وسائل تلبية احتياجات الأحداث ....

....

....

٨- مدى حرص المؤسسة على إجراء اختبارات نفسية لازمة لتقدير حاجة الحدث النفسية والتعليمية ورسم طريقة العلاج ومباشرته ....

....

....

٩- متابعة النمو الجسمي والعقلي والنفسي للحدث ....

....

....

١٠- متابعة الرعاية الصحية والطبية للحدث (الكشف الطبي عند الالتحاق- دوري- العلاج)

....

....

١١- الأنشطة الرياضية والترفيهية والثقافية للحدث ....

....

١٢-متابعة مدى حرص المؤسسة على التربية الدينية للأحداث وتشجيعهم على تأدية الفرائض وتنظيم المسابقات الدينية والاحتفال بالمناسبات الدينية ....

....

....

١٣- مدى حرص المؤسسة على تأهيل الحدث لإتقان حرفه ....

....

١٤- توطيد الصلة بين الحدث والمجتمع الذي سيعود إليه ....

....

....

ب- نموذج الرعاية اللاحقة

١- توفير البيئة الملائمة لخروج الحدث من المؤسسة ....

....

٢- تقديم المساعدة الاجتماعية للحدث (مادية ومعنوية حتى لا يعود إلى الانحراف) ....

....

....

٣- إتاحة الفرصة للحدث للعمل تحت إشراف ملائم من المؤسسة ....

....

٤- التعرف على دور ضيافة الخرجين الذين في حاجة إلى الإقامة بها مؤقتًا لحين تدبير محل إقامة دائم أو إعادتهم إلى أسرهم ....

....

٥- متابعة مدى حرص مكتب المراقبة الاجتماعية لتنفيذ برنامج الرعاية اللاحقة لخريجي المؤسسات ....

....

٦- دراسة حالات الخطورة الاجتماعية لحالات الغياب عن مسكن الأسرة وتتبعها وإرشادها وتوجيهها لوقايتها من العودة إلى الانحراف ....

....

....

٧- تبصير أسرة الحدث بالأساليب التربوية الصحيحة للتعامل مع الحدث ....

....

٨- متابعة مدى حرص الأسرة على الرقابة اليومية تجاه أبنائها وتوجيههم ....

....

٩- التأكيد على دور المدرسة كمؤسسة اجتماعية ومدى ارتباطها بأهداف الوقاية والعلاج .....

....

....

ج- نموذج تقييم المؤسسة

١- اسم المؤسسة ....

٢- تاريخ بدء العمل بها وتطورها ....

٣- نوع المؤسسة (أهلية - حكومية) ....

٤- الوزارة التابعة لها الهيئة المشرفة عليها ....

٥- أقسام المؤسسة ....

٦- البرنامج اليومي للمؤسسة ....

....

٧- نشاط المؤسسة وخدماتها (برامج دينية وثقافية - اجتماعية ونفسية - ترفيهية - مهنية) ..

....

٨- الجهاز الوظيفي بالمؤسسة (دور الأخصائي النفسي بالمؤسسة) ....

....

٩- المناطق التي تخدمها المؤسسة ....

....

١٠- مدى حرص المؤسسة على تطبيق مقررات التغذية والملابس لكل حدث ....

....

١٢- مدى حرص المؤسسة على إنشاء صندوق للرعاية الاجتماعية للأحداث ....

....

١٣- مدى حرص المؤسسة على الاهتمام بنظافة مرافقها وصيانة المباني ....

....

١٤- الصعوبات والمشكلات التي تواجه المؤسسة ....

....

١٥- اقتراحات وبرامج تنمية وتطوير المؤسسة ....

....

د- تقرير الحدث

١- اسم المؤسسة التابع لها حدث ....

٢- اسم الحدث ....

٣- السن.................. المستوى التعليمي ....

٤- سبب دخول المؤسسة : (قضايا وأحكام – اليتم- سوء الحالة الاقتصادية- طلاق الوالدين- لقيط)

....

٥- نبذة عن حياته العائلية : (الأم – سنها- مستواها التعليمي- العمل- علاقتها بالحدث من وجهة نظره- علاقة الحدث مع الزوج والأبناء الآخرين والأقارب والأصدقاء- سمات شخصيتها المميزة من وجهة نظر الحدث) ....

....

....

....

....

(الأب- سنه - مستواه التعليمي- العمل- علاقة الأب بالحدث- وعلاقته بالزوجة وأخوة الحدث "المحيطين" – سمات شخصيته المميزة من وجهة نظر الحدث) ....

....

....

....

تحدد زيجات الأب والأم ....

....

....

طبيعة الحياة العائلية والمناخ الأسري ....

المستوى المادية ....

علاقة الحدث بالأم والأب: (أيهما كان يلجأ إليه عند الحاجة- ولمن يقبل- من كان يقسو عليه أكثر من الأخر) ....

....

هل كان هناك تفضيل لأحد على الآخر؟ وما هو رد الفعل لكل ذلك؟ ....

....

٦- يجب ملاحظة مظاهر الحدث الخارجي من حيث الصحة العامة - النظافة - الأظافر" طبيعة الحالة للحدث يبدو عليه أن يمارس عملية قضم الأظافر" - التعلم- الكلام ....

....

....

....

٧- سلوكه بصفة عامة: (عدواني - منطوي - اجتماعي...الخ) ....

....

....

....

٨- حالته الانفعالية ما يغلب عليه عادة: (هادئ- متقلب المزاج- بعض الحركات العصبية اللاإرادية- حركات العين- الرجلين والكتفين) ....

....

....

٩- سلوك الحدث أثناء تطبيق الاختبار: مطيع ينفذ التعليمات أم مشاغب يعمل في هدوء أم يحاول جذب الانتباه ....

....

١٠- قدراته العقلية تعرف عن طريق تطبيق الاختبارات والتحصيل وفي حالة المتعلمين: (المستوى الذي وصل إليه- علاقته بالمدرسين وزملاء المدرسة- علاقتهم به من وجهة نظره) ....

....

....

١١- هواياته وأوجه النشاط التي كان يمارسها قبل الالتحاق بالمؤسسة، وأثناء وجوده بها ....

....

....

١٢- أصدقائه: العدد - السن متقارب لسنه أم متباعد عنه- علاقتهم به- تعاونه معهم أو عدم التعاون معهم - قائد أم تابع (وعليه نلاحظ خط سير الأصدقاء- مصادر السلطة في المدرسة أو المؤسسة أو فيهما معًا- هل يطيع الأوامر- أم متمرد عليهم"؟ ....

....

....

....

....

....

١٣- محاولات الهروب من المؤسسة أو التأخر في العودة إليها وأراء المسئولين، إذا كان نظام المؤسسة يسمح بالزيارات إلى المنزل يوم الخميس والجمعة ....

....

....

١٤- رد فعله على وجوده بالمؤسسة: ما هو إحساسه في المؤسسة؟ وما هو شعوره تجاه زملائه والمسئولين؟ رد فعله على وصفه - وما ينوي عمله بعد الخروج من المؤسسة؟ والأهداف التي يسعى إلى تحقيقها؟ ..

....

....

....

١٥- الرعاية التي يلقاها من الأفراد في المؤسسة من وجهة نظره. وكما تلاحظها المتدربة ....

....

....

١٦- محاولة استكشاف الحيل الدفاعية- خاصة التبرير- التوحد أو التقمص بشخصية أو أحد الشخصيات بالمؤسسة- الإسقاط ....

....

١٧- سؤال الحدث عن حالته الصحية وما يشعر به، ومقارنة ذلك بملاحظة الطالبة الشخصية وأراء المسئولين بالمؤسسة ....

....

....

١٨- سؤال الحدث عن التعاون مع الغير: في أي الحالات يقوم على التعاون؟ في كل الحالات أم حالات الألم والمرض، أم في حالة أصدقائه فقط ....

....

١٩- كيف ينفق مصروفه: هل لديه حماس في العمل؟ "في حالة الاستذكار أو في حالة تعلم حرفة ..

....

....

٢١- هل يبدو على الحدث علامات الألم إذا وجه إليه نقد أو لوم من أحد المدرسين أو المسئولين؟ .....

....

....

....

٢٢- يطلب من الحدث إعطاء وصف لصورته عن ذاته ويسأل الحدث عن سلوك الأشخاص التالي ذكرهم: (مدير المؤسسة- نظام المدرسة- المدرسون أو الذين يعلمونه الحرف- الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون) ....

....

....

....

٢٣- رأي الأخصائي النفسي للمؤسسة، مثلاً: عن تمرده على سلطة المؤسسة- الكذب- القسوة- السرقة- الكسل- نوبات هستريا- أفعال اضطراب متكررة- شذوذ جنسي- الأزمة في الكلام أو السلوك- المخاوف المرضية ....

....

....

....

....

....

المتدرب

....

ملحق (١٩)

تقرير نفسي نهائي

البيانات الأولية:

الاسم: ....

تاريخ الميلاد: .... تاريخ التقييم: ....

الجنسية: .... العنوان..

الحالة الاجتماعية: .... الجوال..

سبب التقييم أو الإحالة: ....

الملاحظات السلوكية أثناء التقييم:

....

....

....

....

....

أدوات التقييم:

....

....

....

....

نتائج التقييم:

	أداة التقييم	النتائج
1		
2		
3		
4		

التشخيص: ....

....

....

الانطباع العام: ....

....

....

التوصيات: ....

....

....

المتدرب

....

ثانياً: المراجع الأجنبية:

24- American Psychiatric association.: **Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed**. Washington, DC:Auther,1994.

25-Michael,F (2005) **An Interview with Gale Roid About the Stanford-Binet 5 Shaughnessy, Great house**, Dan North American Journal of Psychology Dec 2005):493-.Clinical social work Journal,vole.17,NO.3،pp.209-222.

26- Smith Deborah: **Introduction to special education,** 4th E. d Allyn and Bacon, 2001.

27- Gilbert, Joseph: **Clinical psychological Test in psychiatric and medical practice** Springfield Thomas 1989.

28-Wechsler, D.: **The measurement and appraisal of adult Intelligence Scale.** Baltimore: William and Wilkins،1958.

29-Pomerantz، A.: **Clinical Psychology: Science practice،and culture.** Los Angeles: Sage publications, Inc, 2008.